ZDROWIE PSYCHICZNE

KWARTALNIK POŚWIĘCONY
HIGIENIE PSYCHICZNEJ

123
408

PAŃSTWOWY INSTYTUT HIGIENY PSYCHICZNEJ

Rok III   Warszawa 1948   Nr 1-2 (7-8)

SPIS RZECZY

Redakcja i Administracja: Warszawa, ul. Dolna 42

Wydawca: Państwowy Instytut Higieny Psychicznej

ZDROWIE PSYCHICZNE

KWARTALNIK POŚWIĘCONY
HIGIENIE PSYCHICZNEJ


Biblioteka Jagiellońska
1003046547

PAŃSTWOWY INSTYTUT HIGIENY PSYCHICZNEJ

Rok III Warszawa 1948 Nr 1-2 (7-8)

9620
II czasop.



Druk. Spółdz. Wydawnicza „Chłopski Świat“, Warszawa, Al. Jerozolimskie 83
B-52790

Dr M. GRZYWAK-KACZYŃSKA

ZDROWIE PSYCHICZNE A ZDROWIE MORALNE

(Referat wygłoszony na II Zjeździe Higieny Psychicznej w dn. 28—30.IX.1947 r.)

Aczkolwiek oba określenia nie są sprecyzowane, narzuca się pewna analogia między nimi. Rozpatrzenie tej analogii może dopomóc nam do naświetlenia pierwszego, o które nam teraz chodzi.

W obydwóch określeniach ze słowem „zdrowie" wiąże się pojęcie normy. Zdrowie to pewien określony stan żywej istoty, wyznaczony granicą, poza którą kończy się zdrowie, a zaczyna choroba.

Taki określony stan, w pewnych granicach zawarty, pozostaje w pewnym stosunku do czegoś, co ten stan określa, te granice wyznacza. Jeśli nie potrafimy jeszcze zdawać sobie jasno sprawy z tego, co określa ten stan, który nazywamy zdrowiem psychicznym, to jednak mamy jakieś poczucie tego i rozumiemy się, gdy używamy określenia „zdrowie psychiczne".

Ponieważ używamy też określeń „zdrowie fizyczne" i „zdrowie moralne", więc nic dziwnego, że usiłujemy przeprowadzić analogie między nimi dla ich lepszego sprecyzowania.

Wszystkie te określenia są ze sobą w związku, nie tylko dlatego, że wiąże je wspólny termin „zdrowie", ale że oznaczają stany tego samego człowieka. Z tym rozróżnieniem, że określenie „zdrowie fizyczne" może odnosić się nie tylko do człowieka, ale do wszystkiego, co żyje, nie wyłączając świata roślin. Określenie „zdrowie psychiczne" można by w pewnym stopniu odnieść i do świata zwierzęcego, a zwłaszcza do zwierząt wyżej zorganizowanych, można bowiem obserwować i wywoływać u nich zaburzenia psychiczne. A jednak nie przychodzi

nam na myśl stosować do zwierząt określenia „zdrowie psychiczne". Zobaczymy później dlaczego. A już w żadnym wypadku nie będziemy mówili o zdrowiu moralnym zwierząt. To określenie odnosi się wyłącznie do człowieka. Widzimy od razu hierarchię w tych trzech rodzajach zdrowia, które, niemniej, u tego samego człowieka są w ścisłym związku ze sobą.

Związek między zdrowiem fizycznym a psychicznym, zwłaszcza między pewnymi stanami cielesnymi a psychicznymi, jest oddawna badany i różnorodnie wyjaśniany. Związek między zdrowiem psychicznym a moralnym jest tylko przeczuwany.

Mimo niezaprzeczalnej i mocno stwierdzonej wzajemnej zależności stanów cielesnych i psychicznych człowieka — zdaje się jednak, że związek między jego zdrowiem psychicznym i moralnym jest ściślejszy niż między jego zdrowiem psychicznym a fizycznym.

Dlatego poprostu, że to, co określa stan zwany zdrowiem psychicznym i stan zwany zdrowiem moralnym, oraz to, co wyznacza granicę jednego i drugiego stanu — jest jednym i tym samym czynnikiem, a jest nim rozwój psychiczny.

Zdrowie psychiczne, jak i zdrowie moralne, możemy rozumieć tylko w związku z rozwojem psychicznym, jak to postaram się wykazać, czego nie możemy powiedzieć o zdrowiu fizycznym.

Ale podobnie jak zdrowie fizyczne nie pokrywa się z psychicznym, mimo dużej wzajemnej zależności, również i zdrowie psychiczne nie pokrywa się z moralnym, mimo wspólnego czynnika, który je określa.

Związek zdrowia psychicznego z rozwojem psychicznym wykazał już dr Dąbrowski w swoim referacie. Chcę uzasadnić jeszcze to twierdzenie i wykazać analogię pod tym właśnie względem, tzn. z punktu widzenia rozwoju psychicznego, między zdrowiem psychicznym a moralnym.

Pojęcie rozwoju psychicznego, aczkolwiek znane odkąd istnieje psychologia, też jest jeszcze mało sprecyzowane. Rozumiemy pod nim nieustanne stawanie się psychiczne, nieustanne przewyższanie przez człowieka swego aktualnego stanu psychicznego, jakby prześciganie samego siebie, drapanie się wzwyż (świadome czy nieświadome), a więc przezwyciężanie w sobie pewnych stanów psychicznych i wytwarzanie nowych, a więc rozbijanie starych struktur dla budowania nowych, o coraz wyższym stopniu organizacji.

W tak pojęty sposób tylko człowiek rozwija się psychicznie. Zwierzęta są gotowe lub prawie gotowe psychicznie z chwilą przyjścia na świat. Dojrzewają tylko i usprawniają się ich instynkty, którymi kierują się w sposób niezawodny w swoim zachowaniu. I to jest właśnie wielka, przepaścista różnica między człowiekiem, a jego „młodszym bratem" zwierzęciem.

I dlatego, że człowiek rozwija się psychicznie, tylko w życiu człowieka może być konflikt i tragizm, może być wielkość i wspaniałość, może być nędza, upodlenie i zakłamanie, może być zdrowie psychiczne i może być choroba psychiczna.

Ze względu na ten przeczuwany, chociaż jeszcze nieuświadomiony związek między zdrowiem psychicznym a rozwojem psychicznym — nie przychodzi nam na myśl mówić o zdrowiu psychicznym u zwierząt, aczkolwiek są u nich również możliwe zaburzenia psychiczne.

Ponieważ człowiek rozwija się psychicznie ma też wrodzone tendencje rozwojowe i wrodzone zdolności do rozwoju.

Ludzie różnią się wielce między sobą pod względem siły tych tendencji i pod względem stopnia tych zdolności. Również i warunki życia, w których ludzie żyją i rozwijają się, różnią się wielce pod względem sprzyjania lub niesprzyjania rozwojowi psychicznemu. Dlatego też ludzie w różnym stopniu rozwijają się psychicznie. Dlatego też rozwój psychiczny wielu ludzi jest poważnie zagrożony z przyczyn wewnętrznych (wrodzonych) i zewnętrznych (środowiskowych) — co prowadzi do spaczeń rozwojowych, do zahamowań rozwoju i wreszcie do chorób psychicznych.

Są ludzie, którzy rozwijają się intensywnie do ostatniej chwili swego życia. Jednak każdy człowiek, jako człowiek, nieustannie rozwija się psychicznie, chociażby w minimalnym stopniu, bo to jest konieczne dla jego życia, ażeby mógł przynajmniej doganiać, jeśli już nie współtworzyć rozwijający się nieustannie świat, rozwijające się nieustannie formy życia, ażeby mógł utrzymać się na poziomie tego życia. Z chwilą gdy przestaje się rozwijać, lub gdy spaczy się jego rozwój, więdnie i ginie — możemy powiedzieć, że zaczyna się upadek psychiczny, choroba psychiczna.

To wszystko pozwala nam na określenie zdrowia psychicznego jako takiego stanu, który umożliwia jednostce rozwój psychiczny, prawidłowy rozwój psychiczny.

Ten związek zdrowia psychicznego z rozwojem psychicznym nie jest tak prosty, jakby się wydawało przy formułowaniu twierdzenia. Zwłaszcza w czasach obecnych, gdy nieskończenie skomplikowane, pokrzywione, nieprawidłowe warunki życia hamują i paczą rozwój psychiczny jednostki, gdy zawrotne tempo życia, przekraczające możliwości rozwojowe wielu ludzi, powoduje z łatwością zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza, gdy na skutek tych wszystkich przyczyn nastąpiło naruszenie normalnego stosunku między cielesnością a psychizmem człowieka i wytwarzają się coraz silniejsze dyspozycje cielesne, konstytucjonalne do zaburzeń psychicznych — w takich to warunkach bardzo często i rozwojowi psychicznemu towarzyszą zaburzenia psychiczne. Możliwe, że pewne naruszenie równowagi psychicznej, pewna dezyntegracja psychiczna towarzyszy wszelkim przemianom rozwojowym. Ważne jest więc rozróżnianie między zaburzeniami psychicznymi towarzyszącymi rozwojowi, czyli jak je nazywa dr Dąbrowski przejawami dezyntegracji psychicznej o charakterze ewolucyjnym, a zaburzeniami psychicznymi o charakterze inwolucyjnym, destrukcyjnym.

Zawsze jednak ważnym zadaniem psychoterapeutycznym jest pobudzanie, ożywianie u chorego wrodzonych tendencji rozwojowych, usuwanie przyczyn utrudniających prawidłowy rozwój psychiczny.

Dzięki wrodzonym zdolnościom do rozwoju zawsze najważniejszym czynnikiem leczniczym jest sama jednostka dotknięta zaburzeniami psychicznymi. Wie o tym każdy psychoterapeuta.

Baruk w swojej pracy „Psychiatrie morale, expérimentale" obrazowo przedstawia stan pogrążania się „ja" człowieka chorego w chaos rozprzęgających się mechanizmów psychicznych, które wyzwalając się z pod jego kontroli, utrudniają mu odpowiednie manipulowanie nimi. Następnie stan stłumienia tego „ja", „osobowości głębokiej" chorego (la personnalité profonde), jakby jej przyczajenie się pod naporem tych mechanizmów w obrazie zewnętrznego stuporu, a wreszcie stopniowe, pod wpływem odpowiedniej pomocy lekarskiej, wyzwalanie się z tego chaosu, opanowywanie go do pewnych przynajmniej granic, radzenie sobie z nim w sposób przeróżny, nawet przez przystosowywanie się w niektórych wypadkach do niedających się całkowicie zlikwidować mechanizmów chorobowych.

„Ja" człowieka, osobowość człowieka zmaga się z chorobą, nieraz rozpaczliwie, bohatersko, zmaga się z rozprzęgającymi się mecha-

nizmami psychicznymi, które w normalnym stanie są mu podporządkowane i służą mu w jego aktywności rozwojowej.

I dlatego w dzisiejszych warunkach życia, gdy każdy z nas chodzi jakby „po linie", usiłując z nieustannym wysiłkiem utrzymać równowagę psychiczną, można by zdrowie psychiczne określić słowami prof. Szumana, że jest to zdolność do autopsychoterapii.

Jest to jednak tylko zwężenie szerszego ujęcia zdrowia psychicznego jako stanu usprawniającego człowieka do prawidłowego rozwoju psychicznego. Człowiek ratuje się bowiem, ażeby usprawnić się do rozwoju, bo gdy przestanie się rozwijać więdnie i ginie. Zresztą w pracy swojej pod tyt. „Zagadnienie charakteru człowieka a higiena psychiczna" pomieszczonej w drugim numerze „Zdrowia Psychicznego" Prof. Szuman wykazuje wyraźnie związek zdrowia psychicznego z ukształtowanym charakterem, który możemy przyjąć jako rezultat prawidłowego rozwoju psychicznego.

Ale człowiek nie rozwija się w próżni lecz w formach zorganizowanego życia zbiorowego i nie rozwija się sam, niezależnie od innych ludzi lecz jako cząstka zbiorowości. Człowiek rozwija się poprzez te zorganizowane formy życia zbiorowego, przez współżycie, a te formy życia zbiorowego rozwijają się przez człowieka. Jest to jedna wielka, rozwijająca się całość, w której jednostka stanowi maleńkie kółeczko współdziałające z całością.

I człowiek nie rozwija się w sposób mechaniczny lecz według wewnętrznych praw rozwojowych, które są w związku z rozwojem całości życia zbiorowego.

Otóż od najdawniejszych czasów jednostki przodujące duchowo przeczuwały te prawa wewnętrzne, według których człowiek rozwija się jako cząstka zbiorowości, te prawa, które pozwalają mu przystosowywać się do życia zbiorowego, do współdziałania harmonijnego z całością, do realizowania w sobie człowieczeństwa poprzez całość i w związku z całością — i formułowały te przeczuwane prawa w formie zasad i norm moralnych.

Wszelkie prawa moralne wskazują na konieczność przystosowywania się człowieka do życia zbiorowego. My zaś, higieniści psychiczni wiemy, jak ważne jest to dla jego zdrowa psychicznego.

Wszystkie dzieci przychodzące do poradni leczniczo - wychowawczych, a więc tzw. „trudne", psychopatyczne, niedorozwinięte umy-

słowo itp. — to są takie, którym albo braki rozwoju umysłowego nie pozwalają przystosować się do wymagań życia, albo złe warunki wychowawcze utrudniają przystosowanie się do otoczenia społecznego, albo wrodzone właściwości psychiczne przeszkadzają w nawiązaniu kontaktu z otoczeniem ludzkim, a najczęściej wszystkie te przyczyny, w różnym stopniu działające, uniemożliwiają przystosowanie się normalne jednostki do życia w zbiorowości.

Zdaje się, że wszystkie choroby psychiczne o pochodzeniu psychogennym a zwłaszcza najpowszechniejsza dzisiaj i najgroźniejsza schizofrenia — charakteryzuje się zerwaniem kontaktów uczuciowych z otoczeniem ludzkim, zerwaniem kontaktu z rzeczywistością, niezdolnością do współżycia. Również wszelkiego rodzaju przestępcy, wykolejeńcy, odpadki społeczne charakteryzują się brakiem uczuć społecznych, niezdolnością do życia w zorganizowanej zbiorowości.

Widoczne jest, że wszelkie przejawy spaczeń psychicznych, chorób psychicznych idą w parze z większą lub mniejszą niezdolnością do harmonijnego współżycia i współdziałania z całością społeczną. Stąd wniosek, że zdrowie psychiczne jest w ścisłym związku ze zdolnością człowieka do współżycia i do współdziałania społecznego.

Dlatego też wszelkie nasze poczynania wychowawcze, reedukacyjne, lecznicze idą w kierunku uspołecznienia jednostki tzn. włączenia jej w nurt życia społecznego, w którym znalazłaby swoje miejsce, czułaby się dobrze, oraz otoczenie jej czułoby się z nią dobrze.

W tych poczynaniach psychoterapeutycznych spotykamy się z zasadami i normami moralnymi.

Zasady i normy moralne, które głoszą konieczność opanowywania niższych dążeń, czyli rozbijania wrodzonych animalnych struktur, a wytwarzania w swej psychice nowych czysto ludzkich, o coraz wyższym stopniu organizacji, bo to warunkuje rozwój, które głoszą zarazem konieczność wyrzekania się egoistycznych pragnień i dawania jak najwięcej z siebie innym, bo to umożliwia współżycie i współpracę — zdają się być niezłomnymi prawami rozwoju psychicznego człowieka jako cząstki zbiorowości, bo życie wykazuje nam na każdym kroku, że pogwałcenie tych praw prowadzi do zahamowań, spaczeń rozwoju, do konfliktów wewnątrz osobowych i między osobowych, do najstraszniejszych kataklizmów świata.

Możemy więc przyjąć, że rozwój psychiczny, zgodnie z zasadami i normami moralnymi, jest najbardziej prawidłową formą rozwoju

człowieka i że stosowanie się do zasad i norm moralnych, jako odpowiadających prawom rozwoju człowieka, gwarantuje mu w wysokim stopniu zdrowie psychiczne (o ile nie jest ono naruszone przyczynami czysto somatycznymi).

Ale psychohigienistę, jak zresztą każdego człowieka myślącego, zastanawia fakt, że zasady i normy moralne, jak to wykazuje życie, są niesłychanie trudne do realizowania, i dlatego trapi go pytanie, czy przeznaczeniem człowieka jest stałe niedociąganie do wymagań moralnych, a przez to coraz większe pogrążanie się w chaosie własnych konfliktów, jak również konfliktów z otoczeniem, prowadzących do coraz głębszego naruszania równowagi psychicznej i do coraz groźniejszych katastrof życiowych.

Psychohigienista szuka więc w naturze ludzkiej czegoś, co odpowiednio rozwinięte, ukształtowane pozwalałoby człowiekowi realizować wymagania moralne, a tym samym zapewniałoby mu prawidłowy rozwój psychiczny i współdziałało w utrzymaniu jego zdrowia psychicznego.

W artykule pomieszczonym w ostatnim numerze „Zdrowia Psychicznego" pt. „Zdolność do uczuć wyższych, a prawidłowość rozwoju psychicznego" usiłowałam wykazać, że natura obdarzyła człowieka zdolnością, której rozwój, wykształcenie umożliwia mu prawidłowy rozwój psychiczny, nierozwijanie zaś tej zdolności, zahamowanie, zniekształcenie prowadzi do zahamowań i spaczeń rozwojowych.

Jest to wrodzona zdolność do uczuć i dążeń bezinteresownych. Człowiek niezaprzeczenie jest zdolny do uczuć i dążeń bezinteresownych, których celem nie jest on sam dla siebie, ale ktoś, czy coś istniejącego poza nim, koło czego organizuje on swoją wrodzoną uczuciowość i dążeniowość. Inaczej mówiąc, człowiek jest zdolny do takiego ustosunkowania się uczuciowego do kogoś lub czegoś, które ułatwia mu zachowanie się bezinteresowne w stosunku do tego kogoś lub czegoś.

Że zdolność ta jest wrodzona człowiekowi, tylko trzeba ją rozwijać i kształcić, ażeby się przejawiała, świadczy fakt istnienia podobnej zdolności w świecie zwierząt. Jest to tzw. instynkt rodzicielski, który charakteryzuje się właśnie bezinteresownością i który dla celów zachowania gatunku, czyli dla dobra całości podporządkowuje sobie wszystkie inne instynkty osobnicze i drugi gatunkowy, jakim jest instynkt seksualny. Spełnia on taką rolę w prostych formach życia zwierzęcego,

jaką ma spełniać zdolność do uczuć i dążeń bezinteresownych w skomplikowanych formach życia ludzkiego.

Zdolność tę możemy, zgodnie z mową potoczną, nazwać zdolnością do miłości. Termin „miłość" jest bardzo niebezpieczny, bo ma nieskończenie różnorodne znaczenie, jak nieskończenie różnorodna jest miłość. Ale jest to termin konieczny w psychologii, bo wyraża nietylko jakieś przeżycia uczuciowe, ale pewien mniej lub więcej stały stan psychiczny, pewne mniej lub więcej stałe pozytywne ustosunkowanie się uczuciowo-dążeniowe do kogoś lub czegoś, pewne mniej lub więcej stałe upodobanie sobie w kimś lub czymś.

Określając miłość od strony struktury psychicznej powiemy, że jest to pewien wytworzony całokształt dyspozycji psychicznych, pewna złożona struktura psychiczna o licznych mechanizmach psychicznych, usprawniających jednostkę nie tylko do płonięcia miłością, ale do przeżywania różnych innych uczuć w związku z obiektem miłości, jak lęku, gniewu, radości, upojenia, smutku, rozpaczy itp. — również do przeżywania wielu różnych pragnień, pożądań, chęci, prowadzących do takiego czy innego zachowania się, postępowania, działania w stosunku do obiektu miłości, jak również do przeżywania wielu różnych myśli skupiających się około przedmiotu miłości.

Jest to więc wielce złożony zespół dyspozycji nie tylko uczuciowych, ale uczuciowo-dążeniowych i nie tylko uczuciowo-dążeniowych, ale uczuciowo - dążeniowo - myślowych, których podstawę stanowi wrodzony dynamizm psychiczny, czyli wrodzona uczuciowość i dążeniowość człowieka, wrośnięta w jego organizm cielesny, a więc tym samym wciągająca w grę tych zespołów psychicznych nie tylko psychizm człowieka, ale i jego cielesność.

Zdolność do miłości, do upodobania sobie w kimś lub w czymś organizuje więc wrodzoną uczuciowość i dążeniowość człowieka około jakiejś konkretnej osoby lub około jakiejś idei — urabiając odpowiednio, przekształcając odpowiednio ten wrodzony dynamizm, którego jakość decyduje o takim czy innym działaniu, postępowaniu człowieka.

Nasze działanie, postępowanie, zachowanie się zależne jest od naszych chęci, pragnień, a nasze chęci, pragnienia zależą od naszych miłości. Zależnie od tego, co i jak kochamy, takie czy inne chęci przeżywamy i tak czy inaczej postępujemy.

Zdolność do miłości jest więc czynnikiem organizującym i formującym wrodzony materiał uczuciowo - dążeniowy. Zaś wytworzone w psychice systemy miłości są już w przeróżny sposób ukształtowanym przez ten czynnik organizujący materiałem wrodzonym.

Zależnie więc od siły zdolności do miłości, od materiału wrodzonego, który miłość organizuje i od warunków przejawiania się tej zdolności — mogą powstać w psychice człowieka różne systemy miłości od najdoskonalej ukształtowanej, z silnym piętnem bezinteresowności, do słabo ukształtowanych z minimalnym pierwiastkiem bezinteresowności. Jednak wyjściem poza siebie i przez to chociażby najsłabszym pierwiastkiem bezinteresowności charakteryzują się te zespoły uczuciowo-dążeniowe, które nazywamy miłością.

Te zespoły psychiczne rozbudowują psychikę. Możemy powiedzieć, że człowiek rozwija się psychicznie przez kształtowanie w swej psychice systemów miłości. A tym prawidłowiej, harmonijniej, rozwija się psychika, im większą ma możność kształtowania bardziej bezinteresownych systemów miłości. Zaś systemy miłości usprawniają go do bezinteresownego zachowania się w stosunku do obiektów miłości, co mu ułatwia współżycie i współdziałanie z nimi.

Miłość do rodziców, do rodzeństwa, do przyjaciela, do osobnika płci odmiennej, do dziecka itd. to są mniej lub więcej bogato rozbudowane struktury psychiczne, usprawniające człowieka do bardziej lub mniej bezinteresownego zachowania się w stosunku do tych osób.

Każda rozwijająca się miłość rozbudowuje, kształtuje psychikę. Każdy system miłości wzbogaca psychikę.

Ale w prawidłowo zorganizowanej psychice człowieka miłość do poszczególnych osób podporządkowana jest miłości do ideałów, tzn., że jeśli kochamy dziecko, osobnika płci odmiennej, przyjaciela, brata itp. po ludzku, a nie czysto instynktownie, to kochamy w nich jakieś ideały, które oni realizują, albo pragnęlibyśmy, aby realizowali. Nawet najbardziej upośledzona społecznie matka, o ile utrzymuje się jeszcze na poziomie normalności, kocha w swym dziecku przyszłego, dzielnego, szlachetnego człowieka, a więc podporządkowuje miłość dziecka miłości ideałów dzielności i uczciwości i odpowiednio je wychowuje. I tak jest w każdej ludzkiej miłości do drugiego człowieka, że kochamy w nim jakieś ideały, że podporządkowujemy miłość człowieka miłości ideałów.

Dlatego też wytworzone w psychice systemy miłości do ideałów stanowią struktury psychiczne o jeszcze wyższym stopniu organizacji.

I podobnie jak miłość do poszczególnych ludzi organizuje i kształtuje wrodzony materiał uczuciowo - dążeniowy, wybijając na nim swoje piętno bezinteresowności, podobnie miłość do ideałów kształtuje podporządkowane sobie systemy miłości do poszczególnych ludzi, wybijając na nich piętno specyficznie ludzkiej moralności.

Jeśli teraz uświadomimy sobie, że miłość do ideałów to jest nic innego, jak upodobanie sobie w zasadach i normach moralnych, zrozumiemy, jak ułatwia ona realizowanie tych norm w życiu.

Niezaprzeczalnym faktem jest, że ludzie są zdolni do miłości ideałów, czyli do upodobania sobie w zasadach i normach moralnych i do postępowania zgodnie z tymi zasadami, i że są ludzie, którzy tak właśnie postępują. Na tym bazuje się życie społeczeństw ludzkich. Zaś fakt, że wielu bardzo ludzi nie dociąga do tych norm, a wielu wykazuje spaczenia moralne i psychiczne stanowi zagadnienie, które interesuje higienistę psychicznego, dlaczego tak jest i jak można temu zapobiec.

Zdolność do miłości, jako zdolność do bezinteresownego ustosunkowania się uczuciowego do kogoś lub czegoś, do upodobania sobie w kimś lub czymś — wyprowadzamy z wrodzonej człowiekowi zdolności do uczuć i dążeń bezinteresownych, które widzimy już w świecie zwierzęcym. Zaś skierowanie tego upodobania na trudne do realizowania normy etyczne, można tłumaczyć jedynie tendencjami rozwojowymi człowieka, które są już specyficznie ludzkie.

Zwierzę ma wrodzone dążenia i wrodzone sposoby zachowania użytecznego dla siebie i dla swego potomstwa i ma wrodzoną znajomość bodźców, które pobudzają te dążenia.

Człowiek, jako istota rozwijająca się, nie ma wrodzonych sposobów zachowania się, ani wrodzonej znajomości czegokolwiek, ale ma wrodzoną zdolność do poznania i upodobania sobie w tym, co służy jego rozwojowi.

Trudno wyobrazić sobie, ażeby natura była mniej wspaniałomyślna w stosunku do najdoskonalszego swego tworu — człowieka, niż jest w stosunku do zwierzęcia i żeby go nie obdarzyła zdolnościami, umożliwiającymi mu niesłychanie trudne zadanie rozwoju psychicznego. Dlatego też mówi się o wrodzonych poczuciach moralnych,

które są w większym lub mniejszym stopniu właściwe każdemu człowiekowi.

Im bardziej prawidłowo jest zorganizowana psychika człowieka, dzięki ukształtowanym systemom miłości, tym łatwiej poznaje, czyli wykrywa on w sobie te poczucia moralne jako prawa rozwojowe, tym łatwiej rozumie je i przyjmuje, gdy ktoś je wykrywa i formułuje, tym większe upodobanie w nich znajduje. Dlatego też prawa rozwoju psychicznego człowieka wykrywały i formowały, jako prawa moralne, jednostki przodujące duchowo, a więc jednostki o prawidłowej psychice.

Cała trudność jest w tym, że u bardzo wielu ludzi te poczucia są tak słabe, że trudno je rozbudzić i trudno wywołać upodobanie w zasadach i normach moralnych.

Co jest przyczyną tych słabych poczuć moralnych człowieka i co utrudnia ich budzenie i w ogóle, co powoduje słabą wrodzoną zdolność do uczuć wyższych u wielu ludzi i trudność rozwijania jej — to jest zagadnienie, które nie tylko winno interesować moralistów, ale również i higienistów psychicznych.

Wszystko, co było powiedziane, sprowadza się do następujących stwierdzeń: prawa rozwoju psychicznego człowieka, jako cząstki całości społecznej, były przeczuwane i formułowane przez jednostki przodujące duchowo, jako prawa moralne. Teraz do psychologii należy badanie naukowe tych praw. Dlatego winna ona liczyć się z tym, co jest najbardziej istotne w naturze ludzkiej — to jest z dziedziną moralności.

Baruk mówi w swej psychiatrii moralnej eksperymentalnej, że wszystkie koncepcje naukowe, które usiłują zapoznawać rolę sumienia moralnego w naturze ludzkiej, prowadzą do impasu z tej prostej przyczyny, że człowiek nie może się pozbyć swego sumienia, zmienić praw jego funkcjonowania, jak nie może zmienić praw funkcjonowania swego mózgu, swojej wątroby, swoich gruczołów dokrewnych. Sumienie moralne stanowi część natury ludzkiej.

Jeśli do psychologii należy badanie praw rozwoju człowieka, to do higieny psychicznej należy badanie warunków, które sprzyjają lub utrudniają prawidłowy rozwój psychiczny człowieka, a tym samym badanie warunków zdrowia psychicznego jednostki i społeczeństwa.

Ponieważ wyraźnie stawiamy sprawę, że rozwój psychiczny człowieka, jego zdrowie psychiczne, jest związane z jego moralnością,

proponujemy, aby ten dział higieny psychicznej, który zajmowałby się badaniem warunków rozwijania uczuć moralnych u ludzi w zależności od ich poziomu umysłowego, kulturalnego, od wieku, płci, obciążeń dziedzicznych, sytuacji życiowych itp. nazwać higieną moralną, i należycie go rozbudować, biorąc pod uwagę znaczenie tego rodzaju badań dla życia i szczęścia człowieka.

Aktualny stan psychiczny i moralny świata dostatecznie uzasadnia ten dezyderat.

DR. ST. GROCHMAL

HIGIENA PSYCHICZNA, A SPORT I WYCHOWANIE FIZYCZNE MŁODZIEŻY

(Referat wygłoszony na II Zjeździe Higieny Psychicznej w dn. 28—31.IX.1947 r.)

Zdrowie psychiczne — przedmiot higieny psychicznej — wykazuje dużą równoległość i współzależność z przejawami procesów fizjologiczno - patologicznych naszego ciała. Normalny i pełny rozwój psychiki dziecka jest w wysokim stopniu uwarunkowany prawidłowym rozwojem fizycznym. To wzajemne oddziaływanie duszy na ciało i ciała na duszę, na prawach procesów odwracalnych, jest często niedoceniane i niedostatecznie uwzględnione w kształtowaniu się pełnowartościowej osobowości człowieka.

Rozwój psychiczny, według Szumana[1]), płynie dwoma nurtami. Pierwszy, będący wyrazem sił natury, formuje człowieka w granicach naturalnych a prymitywnych swych władz i przyrodzonych możliwości. Nurt drugi pozwala objąć rozległe perspektywy zarówno w świecie zewnętrznym, jak i w świecie duchowym. Jest to droga ku celom i wartościom, które nas ku sobie pociągają.

Pierwszej linii rozwojowej nadającej kierunek doskonaleniu się podstawowych czynności psychicznych, aby ustrój umiał się dostosować do istot i rzeczy, wśród których żyje i aby potrafił zaspokoić swoje potrzeby, odpowiada w rozwoju fizycznym czynność ruchowa mięśni mająca na celu w formie gry i zabawy zaspokoić różnorodne popędy naturalne (postawowy, lokomocyjny, manipulacyjny).

Drugiej linii rozwoju psychicznego, będącej nadbudową pierwszej i przebiegającej na wyższym poziomie, oraz umożliwiającej rozwój

psychiki w zależności od wpływów kultury i wytworów cywilizacji odpowiada sport i wychowanie fizyczne w ścisłym tego słowa znaczeniu, jako wyraz siły pobudzającej do postępu, przodowania i twórczości, a określonej przez Osmólskiego[2]) „vis progressionis" w przeciwieństwie do poprzedniej, nazwanej „vis conservatrix" — „siła zachowawcza". J. Buytendijk[3]) ujmuje zagadnienie powyższe w słowach: „Wychowanie fizyczne ani nie szuka, ani nie stwarza naturalizmu, lecz rodzi prawdziwą kulturę. W świecie zwierzęcym nie ma żadnej kultury — pojawienie się jej zwiastuje narodziny człowieka. Podobnie u zwierząt nie masz ani śladu wychowania fizycznego, są tam ćwiczenia, rozwijanie siły, zwinności, zręczności, są nawet zabawy, ale nie ma sportu".

Naturalna kolejność i właściwa siła bodźców warunkujących zarówno rozwój fizyczny jak i psychiczny, daje w rezultacie harmonijne kształtowanie się organizmu i osobowości.

W pierwszym okresie życia, dziecko rozwija i udoskonala aparat ruchowy, koordynuje poszczególne ruchy, umożliwiające mu utrzymanie odpowiedniej postawy i swobody poruszania się w przestrzeni. Ćwicząc czucie mięśniowe i inne zmysły, uczy się, drogą spostrzeżeń i ruchu, oceniać przestrzenne wymiary oraz wagę, kształt i konsystencję otaczających przedmiotów, poznaje w grze i zabawie świat i zaspokaja instynkt ruchowy i postawowy, manipulacyjny i konstrukcyjny. Jest to okres intensywnej pracy ośrodków ruchowych rdzeniowych oraz pozapiramidalnych podkorowych i korowych. Podniety proprioceptywne otrzymane z mięśni, stawów, narządów równowagi i ekstroceptywne działające na nasze zmysły z zewnątrz pobudzają wspomniane ośrodki, dając początek pierwszym ruchom pozbawionym skierowania i integracji oraz kształtując postawę dziecka i ruchy lokomocyjne jak chód, bieg i skoki. Stopniowo napięcie mięśni ulega ustaleniu, ruchy stają się bardziej celowe i skoordynowane. W miarę rozwoju następuje włączenie coraz to wyższych ośrodków nerwowych, tworzą się coraz to nowe skojarzenia neuronów, powstają nowe drogi i nowe automatyzmy.

W ośrodkach pozapiramidowych podkorowych (striopallidum) koncentruje się życie psychiczne, instynktowne. Ruch wywołany popędami, temperamentem i nastrojami, chwiejną i pobudliwą uczuciowością przejawia się w dziecięcych bójkach i napaściach, mimice i gestykulacji. Zaburzenia uczuciowości mogą ujawnić się w zespołach ru-

chowych o największym prymitywiźmie, zbliżonych swym charakterem do pląsawicy, bądź ruchów torsyjnych. Mogą również wystąpić ruchy pseudospontaniczne, oraz tzw. ruchy krótkiego spięcia, jak bezmyślne klepanie, skubanie, dotykanie, ruchy rzekomo wyrazowe przypominające gestykulację (Opalski[4]).

W końcowej fazie rozwoju psychomotoryki zostają włączone ośrodki piramidowe i ośrodki czynności eupraktycznych. Jako najwyższe funkcjonalnie, zarządzają ruchami bardziej złożonymi, wymagającymi doskonałej koordynacji i precyzji, oraz wywierają wpływ hamujący i regulujący na ośrodki podkorowe. Szczególnie ruchy dowolne odpowiadające czynnościom złożonym i utrwalające się w ośrodkach eupraktycznych jako różne izolowane synergie i praksje, otrzymują swą innerwację w układzie kory mózgowej i dróg piramidowych.

Działanie hamujące tych ośrodków ma na celu usunięcie przeszkód, jakie mogą wyniknąć z niewłaściwego napięcia mięśni, zależnego od czynności układu pozapiramidowego (Opalski[5]).

Doskonalenie się motoryki, wytwarzanie i utrwalanie się nowych automatyzmów oraz precyzji ruchów daje poczucie siły fizycznej organizmu. Świadomość tej siły w oparciu o czynnik naśladownictwa i współzawodnictwa prowadzi do zaspokojenia instynktu walki, do bójek i różnego rodzaju zapasów, oraz budzi podziw i chęć dorównania rówieśnikom silnym i zgrabnym (Szuman[1]).

Kształtowanie się koordynacji psychoruchowej i osiąganie coraz wyższej sprawności fizycznej przejawiającej się głównie w szybkości i zręczności stwarza pogodny nastrój, dobre samopoczucie i dążność do uzyskania równowagi psychofizycznej. Są jednak okresy w rozwoju psychofizycznym dziecka szczególnie sprzyjające zaburzeniom psychoruchowym i zakłóceniu ustalającej się równowagi, a to okres rozpoczęcia nauki szkolnej i okres dojrzewania płciowego. Ruch, będący normalnie doskonałym wyrazem psychofizycznej harmonii rosnącego ustroju, staje się wówczas wykładnikiem powstałych zaburzeń.

Dziecko rozpoczyna naukę szkolną w wieku, w którym ruchliwość uwarunkowana jest zasadniczą i naturalną potrzebą ustroju, w którym opanowanie koordynacji ruchowej daje szerokie możliwości dynamiczne. Z biegiem lat ruchliwość znacznie się zmniejsza, wyczerpują się bowiem, względnie zmieniają stopniowo swój charakter, biologiczne bodźce rozwojowe. Życie emocjonalne, popędowe wzbogaca

się o elementy intelektu i woli, nieopanowana, rozrzutna impulsywność dziecięca staje się zdyscyplinowaną, wymierzoną i celową siłą ustroju dojrzałego.

Z badań Zielskiej przeprowadzonych pod kierunkiem Szumana wynika, że dziecko w I kl. powsz. jest przeszło dwa razy ruchliwsze niż w I kl. gimn., a 10 razy ruchliwsze niż młodzież w klasach licealnych. Przymus więc kilkugodzinnego siedzenia w bezruchu na ławie szkolnej jest dla 7—8 letniego dziecka potężnym urazem biologicznym i może w następstwie wywołać różnorodne zaburzenia, szczególnie u osobników o nadmiernej pobudliwości psychoruchowej. W ten sposób mogą powstawać różnego rodzaju tiki i hiperkinezy funkcjonalne. Przyjmując za Dąbrowskim[6]) określenie tiku jako brak koordynacji między bodźcem ruchowym dla całego ustroju, a takimi warunkami, w których reaguje grupa mięśni przystosowana do działania w narzuconych warunkach, nie będziemy się dziwić, jeżeli dziecko, któremu pod karą zakazano ruszać się w ławce przez 45 minut, potrzebę ruchu ogólnego zastąpi skubaniem warg czy jakimś grymasem twarzy o charakterze tiku. Z drugiej strony konieczność hamowania silnego napięcia ruchowego może w duszy dziecka zrodzić bunt przeciwko szkole i wychowawcy, wzbudzić niechęć i wstręt do nauki. W rezultacie, dziecko po powrocie ze szkoły, zamiast odrobić lekcje, stara się rozładować wyczuwane napięcie ruchowe w nadmiarze gier i zabaw z rówieśnikami, kosztem dalszych postępów w nauce. Ganione i zapisywane do dziennika w szkole, spędzające czas na grach i zabawach poza domem, staje się utrapieniem rodziców i wychowawców. Unikanie szkoły, złe postępy w nauce i zaburzenia psychoruchowe nadają dziecku etykietę leniwego i trudnego do wychowania.

Zaburzenia motoryki w okresie dojrzewania mają inny charakter. Płynna i swobodna ruchliwość poprzedniego okresu, przejawiająca się w krótkotrwałych wysiłkach i częstych wypoczynkach, zamienia się w motorykę dojrzałą, o doskonale opanowanej i zautomatyzowanej technice ruchu. Ale zanim to nastąpi, młodzież dojrzewająca przeżywa swój „martwy punkt", względnie „drugi oddech", jeśli użyć określenia sportowego. Organizm dziecka zdolny do szybkiej, krótkiej reakcji mięśniowej nastawia się na wysiłek długotrwały. Element szybkości zostaje uzupełniony elementem siły i wytrzymałości. Równocześnie napęd emocjonalny dopełnia się strumieniem sprzecznych uczuć, pragnień i postanowień, wywołując szereg wewnętrznych kon-

fliktów i dysonansów. Dysproporcje rozwojowe między układem kostno - mięśniowym, a układem krążenia i oddychania, oraz chwiejność układu nerwowego powodują częściową dyskoordynację psychoruchową. Ruchy stają się niepewne, chaotyczne, niezgrabne lub zbędne. Wewnętrzne konflikty i zahamowania nadają im piętno sztuczności (Szuman [7]). Niezręczność przejawiać się może w różnej formie zależnie od tego, czy przyczyna tkwi w dysfunkcji układu nerwowego obwodowego, czy centralnego.

Młodzież o nadpobudliwości psychoruchowej odczuwa z tego powodu swą niedoskonałość i niezaradność, rodzi się nieśmiałość i poczucie małej wartości. Chęć uwolnienia się od trudnej czy przykrej sytuacji w domu lub w szkole, względnie pragnienie przeżycia różnych przygód i wykazania swej dzielności niedocenianej przez rodziców czy wychowawców prowadzi do ucieczki i włóczęgostwa. Narastające wewnętrzne niepokoje i rozdźwięki stwarzają sprzyjające warunki dla samodręczenia i lenistwa, kapryśności i sprzeczności popędów (Dąbrowski[8]).

W ten sposób zaburzenia koordynacji mięśniowo - nerwowej i zakłócenie adaptacyjnych mechanizmów w czynnościach poszczególnych narządów i układów stają się źródłem szeregu objawów nerwowości, urazów psychicznych i trudności wychowawczych.

Ograniczanie, względnie hamowanie naturalnej potrzeby ruchu wpływa destrukcyjnie na normalny rytm rozwojowy i zdrowie psychiczne. Również nadmiar jednostronnych uczuć, wyżywanie się w grach i sporcie dziko uprawianym poza szkołą i domem prowadzi do przemęczenia i zaburzeń psychoruchowych.

Wyzwalanie siły napędowej układów ruchowych pod wpływem czynników emocjonalnych i popędowych przy nadmiernym lub nieprawidłowym zahamowaniu może dawać u osobników o wzmożonej pobudliwości zaburzenia ruchów lokomocyjnych i instynktownych, automatyzmów czy miniki.

Umiejętne powiązanie elementów psychicznych i somatycznych, pracy umysłu i wychowania fizycznego — jest niezbędnym warunkiem prawidłowego rozwoju ogólnego i harmonijnego kształtowania się osobowości. Wychowanie fizyczne i sport oparte na psychofizjologicznych właściwościach ustroju i na dokładnej znajomości rozwoju motoryki dziecięcej, może i powinno odegrać wybitną rolę w zapobieganiu i leczeniu zaburzeń natury nie tylko somatycznej ale i psychicznej.

Jak dotąd ani w szkole, ani poza szkołą sprawa wychowania fizycznego nie jest postawiona na właściwej płaszczyźnie. W większości wypadków sama natura stara się regulować częstość i formę ruchu, zależnie od siły ekstra i proprioceptywnych bodźców. Zadaniem lekarza i wychowawcy jest poznać te bodźce i odczyny ustroju na ich działanie, wyczuć właściwy rytm rozwojowy i umiejętnie do niego się dostosować. Dla dziecka 7 — 8 letniego o 10-krotnie wzmożonej ruchliwości w stosunku do młodzieży z klas licealnych, 45 minutowa lekcja szkolna musi okazać się zbyt długą; wykonuje więc od czasu do czasu jakiś ruch ręką, nogą czy tułowiem, ściągając na siebie upomnienia i kary. Ograniczanie ruchu dziecka na rzecz siedzenia w szkole nie może odbywać się w sposób gwałtowny i bezwzględny, nie może wywoływać buntu czy nienawiści. Natura upomni się o niezbędny ruch, ale przy braku kontroli dziecko będzie kopać piłkę czy biegać aż do ostatniego tchu, ze szkodą dla normalnego rozwoju. To też nauka w większości przedmiotów w niższych klasach szkoły powszechnej powinna odbywać się w formie gier i zabaw. Nawet rachunków czy historii można nauczyć się w sali gimnastycznej, na boisku sportowym czy na wycieczce.

Gimnastyka przewidziana w programach szkolnych nie rozwiązuje tego problemu, nie zaspokaja bowiem instynktownej potrzeby ruchu i nie uwzględnia stopnia zdobytej sprawności, ani dalszej jej linii rozwojowej. Stosowana w zespołach klasowych, a nie rówieśniczych, przy niewłaściwym doborze ćwiczeń może być źródłem urazów psychicznych i przemęczenia. Niemożność wykonania przez dzieci słabiej fizycznie rozwiniętych trudniejszych ćwiczeń, zwłaszcza, jeżeli dzieci silniejsze i zręczniejsze wyśmieją ich niezgrabność, może być przyczyną kompleksu niższości, lękliwości, braku wiary w swe siły może zniechęcić nie tylko do gimnastyki, ale wogóle do ludzi i życia.

Dziecko w wieku 8 — 10 lat potrzebuje wg. Dybowskiego [9]) 2 godziny dziennie zabaw ruchowych możliwie na powietrzu, w tym dwa całe popołudnia. W tym też wieku powinno nauczyć się pływania, jazdy na łyżwach i na nartach oraz grać w piłkę. Ćwiczeń tych jednak nie należy traktować jako sportu, ani urządzać zawodów. Racjonalnie zorganizowane wychowanie fizyczne musi obejmować cały dzień dziecka, a nie tylko czas pobytu w szkole — wówczas można zapobiec nadmiarowi dzikiego sportu,względnie niedoborowi ruchowemu, a tym samym ujemnemu wpływowi tych czynników na fizyczny

i psychiczny rozwój dziecka. Gry i zabawy najwłaściwsze dla dzieci w tym wieku usprawniają koordynację mięśniowo-nerwową. Badania Szumana i współpracowników [1]) nad rozwojem motoryki dziecka wykazały, że najpóźniej i najtrudniej udaje się opanować koordynację małych zespołów mięśniowych np. zamykanie naprzemienne oczu, nie wykonując współruchów, najłatwiej natomiast ruchy kończyn jak skoki, pewność ręki przy rysowaniu metodą labiryntu itp.

Zapotrzebowanie ruchowe między 11 a 15 rokiem życia określa Dybowski [9]) również na 2 godziny dziennie. Cechą wychowania fizycznego, podobnie jak i w okresie poprzednim, powinno być: brak przymusu, dla zmęczonych dostępny w każdej chwili odpoczynek. W programie należy uwzględnić swobodną zabawę, spacer, jazdę na nartach i łyżwach, pływanie, wycieczki krajoznawcze i obozowanie. Zachwianie równowagi psychicznej spowodowane dojrzewaniem nasunąć może pewne trudności w doborze ćwiczeń. Instynkt manipulacyjny przejawia się w tym okresie w erotyźmie lub w bojowości, graniczącej z awanturnictwem (Dybowski). Ćwiczenia fizyczne urozmaicone i rozweselające, wycieczki krajoznawcze, turystyka górska stanowią dodatnią podnietę rozwojową, sublimują instynkt walki, łagodzą pobudliwość płciową i ułatwiają osiągnięcie równowagi wewnętrznej. Uprawianie lekkiej atletyki powinno mieć na celu opanowanie techniki sportowej.

W okresie dojrzewania przeciwwskazane są ćwiczenia siły, wymagające dłuższego bezdechu i wytrzymałości, przebiegające z zadłużeniem tlenowym, jak kolarstwo, średnie i długie biegi.

Zakończenie rozwoju fizycznego i procesów adaptacyjno-koordynujących w zakresie układu krążenia i oddychania oraz mięśniowo-ruchowego, warunkuje zdolność do długotrwałej pracy mięśniowej i osiągnięcie pełnej sprawności fizycznej, umożliwiającej uprawianie ćwiczeń, budzi i utrwala zamiłowanie do przebywania na powietrzu, przystosowania się do rzeczywistości, uczy współżycia z ludźmi i przezwyciężania przeszkód życiowych. Wyższy stopień sprawności ruchowej, niejako zespolenie popędu ruchowego z siłą postępową intelektu i woli — w postaci sportu — pogłębia kulturę fizyczną i potęguje aktywność psychiczną. W naszych warunkach dużą rolę odegrać może harcerstwo, jako ruch młodzieży najlepiej dostosowany do harmonijnego rozwoju cielesnego i duchowego.

Wychowanie fizyczne i sport w ujęciu biologicznym może zna-

leść duże zastosowanie również w leczeniu nerwowości i zaburzeń psychoruchowych oraz w usuwaniu trudności wychowawczych. Dr Claire Vogt Popp [10]) stosując u debilów gimnastykę fizyczną celem podniesienia sprawności ruchowej zaobserwowała równocześnie podniesienie się poziomu inteligencji. Spostrzeżenia lekarzy amerykańskich Longa, Dahlena, Mereditha i innych [11]) rzuciły również dużo światła na wielkie znaczenie i korzystne działanie wychowania fizycznego i sportu w leczeniu chorób nerwowych i psychicznych specjalnie u młodzieży. Leczenie tego rodzaju winno być przeprowadzone indywidualnie, w niewielkich zespołach o jednorodnej formie zaburzeń i równorzędnej sprawności ruchowej.

Młodzież o obniżonej pobudliwości nerwowej, o ruchach powolnych i niepewnych, nieuważna w szkole, leniwa w nauce, apatyczna, bez zainteresowań, bez pragnień wymaga zastosowania ćwiczeń pobudzających, atrakcyjnych, gier i zabaw o dużym ładunku emocjonalnym, a więc sprinty, turystyka, obozownictwo u młodszych, sport zawodniczy, piłka nożna, żeglarstwo u starszych.

U osób o wzmożonej pobudliwości, nadmiernie ruchliwych, kapryśnych, o zmiennych nastrojach, skłonnych do samogwałtu, wybuchów gniewu i samodręczenia można osiągnąć dodatni wynik leczniczy i doprowadzić do równowagi psychoruchowej stosując gry i zabawy rozładowujące napięcie nerwowe i ćwiczenia działające uspokajająco, jak biegi średnie, siatkówka i koszykówka, pływanie, narciarstwo, wycieczki krajoznawcze, wodne i terenowe.

W zaburzeniach koordynacji mięśniowo-nerwowej w hiperkinezach różnego rodzaju, tikach, natręctwach ruchowych, w jąkaniu otrzymuje się nieraz wybitną poprawę drogą gimnastyki rytmicznej, ćwiczeń zręczności i równoważnych, jazdy na łyżwach i nartach, gry w tenisa, pływania i wioślarstwa.

Stany lękowe, kompleks niższości, uczucie niepewności, trudności w podejmowaniu decyzji można usunąć przez stosowanie coraz trudniejszych ćwiczeń gimnastycznych i na przyrządach, sportów wymagających szybkiej orientacji i natychmiastowej decyzji przez opanowanie techniki boksu i pływania, przez łucznictwo i sport strzelecki.

Włóczęgostwo, żądza przygód, skłonności do bójek, awanturnictwa, chęć uwolnienia się od trudnej sytuacji w domu lub szkole mogą znaleść zaspokojenie i ulec sublimacji w wycieczkach krajoznawczych, obozach wędrownych i rajdach, szybownictwie i żeglarstwie.

Lecznicze i profilaktyczne działanie wychowania fizycznego i sportu polega na dostosowaniu dynamiki ruchu, jego napięcia i rozległości do naturalnych potrzeb organizmu i zharmonizowania popędów i instynktów określających biologiczną prężność ustroju z rozwojem jego psychiki i stanem uczuciowości uwarunkowanych wpływem środowiska i kultury.

Praca mięśni, wszystkich tkanek i narządów zespolona harmonijnie z twórczym wysiłkiem ducha w ramach wielkiej gry życia i sportu, odwiecznych tęsknot i pragnień człowieka, staje się źródłem zdrowia i dzielności, radości i piękna, realizując tym samym zasadnicze cele higieny psychicznej.

PIŚMIENNICTWO

1) Prof. dr St. Szuman — „Psychologia wychowawcza wieku szkolnego. Kraków, 1947 r.

2) Płk. dr Wł. Osmólski. „Sport jako zjawisko biologiczne". Warszawa 1930.

3) J. J. Buytendijk „La vie mentale et le sport" cyt. wg. Osmólskiego.

4) Prof. dr A. Opolski „O patogenezie objawów ruchowych u umysłowo chorych" Pol. Tyg. Lek. Warszawa Nr. 30. 1946.

5) Prof. dr A. Opolski: Próba syntezy działania ośrodków układu ruchowego u człowieka" Pol. Tyg. Lek. Warszawa. Nr. 26. 1946.

6) Dr K. Dąbrowski: Uwagi o psychoruchowych warunkach powstawania i rozwoju hiperkinez funkcjonalnych oraz tików" Biuletyn Inst. Hig. Psych. Rok I. Nr. 2. Warszawa 1938.

7) St. Szuman: „Psychologia ćwiczeń cielesnych" Przegląd Fizj. Ruchu. 1932.

8) K. Dąbrowski: Nerwowość dzieci i młodzieży". Bibl. Dzieł. Ped. Warszawa 1935.

9) Dr Wł. Dybowski: „Fizjologiczne podstawy wychowania" Odb. z Encyklopedii Wychowania. Warszawa. 1935 r.

10) Dr Claire Vogt Popp „Kształcenie dzieci niedorozwiniętych intelektualnie" — Ref. na Kongresie Hig. Psych. w Paryżu 1937. wg. streszczenia w Biul. Inst. Hig. Psych. Nr. 1 Warszawa 1938.

11) Cyt. wg. L. Leoszko: „Sport lekarzem niedomagań psychicznych". Życie Sportowe Nr. 6 R. II. 1947 r.

Doc. Dr Med. ADOLF FALKOWSKI

KIERUNEK NOSOLOGICZNY I SYMPTOMATOMATOLOGICZNY W PSYCHIATRII

(Według referatu wygłoszonego na XXI Zjeździe Psychiatrów Polskich w Łodzi i w Kochanówce)

I

Klasyfikacja w psychiatrii napotyka na trudności nieznane w medycynie somatycznej; zarazem klasyfikacja dla psychiatrii ma takie znaczenie jakiego somatyczna nie posiada. Na trudności klasyfikacyjne składają się swoiste warunki. Psychiatria znajduje się w okresie rozbudowy, brakuje jej podstaw nauk teoretycznych, brakuje jasnego i sprecyzowanego rozgraniczenia pojęć i terminów, posługuje się terminami i pojęciami trudnymi do rozgraniczenia, wspólnymi psychologii, mowie potocznej i literackiej, nieustalonymi i zmiennymi, zależnymi od rozwoju żywego języka.

Za twórcę psychiatrii nowoczesnej uważamy wielkiego psychiatrę i dobroczyńcę chorych Pinela (1743—1826), który pozostawił dzieło „Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale (1801) oraz ucznia jego Esquirola (1772—1840). W dziele „Les maladies mentales" (1837) Esquirol dał obraz ówczesnej psychiatrii. Był doskonałym obserwatorem, zżył się z chorymi, wczuwał się w ich psychikę, ich dążenia, ich potrzeby, kreślił po mistrzowsku sylwetki chorych, opisywał ich życie, przebieg choroby, remisje, okresy, pogorszenia, wzajemną zależność stanu psychicznego i cielesnego. Dojrzał istniejący związek pomiędzy zaburzeniem mowy a zejściem śmiertelnym w po-

rażeniu postępującym. Obserwował okresowość w przebiegu chorób psychicznych, wprowadził do psychiatrii statystykę, pojmował etiologię chorób psychicznych w rozumieniu Hipokratesa. Klasyfikacja Esquirola opierała się na objawach chorobowych, które rozumiał jako zaburzenia poszczególnych władz psychicznych. Nie ma tu jeszcze wyodrębnionych jednostek chorobowych ani zespołów chorobowych w późniejszym znaczeniu. U Esquirola monomanie są to samodzielne cierpienia. Dla nas są to jedynie poszczególne objawy chorobowe występujące w przebiegu choroby psychicznej.

Uczeń Esquirola, Bayle, w dziele „La paralysie générale des aliénés, Arachnites chronique et meningite chronique" (1822) wyodrębnił jednostkę chorobową — porażenie postępujące. Bayle podał obraz kliniczny choroby, która, po okresie podniecenia z towarzyszącymi jej urojeniami o charakterze wielkościowym, prowadzi do zaniku władz psychicznych, do zupełnego otępienia, wyniszczenia cielesnego, charłactwa i kończy się zawsze śmiercią. Na sekcji stwierdzono w każdym przypadku zapalenie opon mózgowych i zanik tkanki mózgowej. Stanowisko Bayle'a nie odrazu zostało przyjęte przez świat lekarski. Praca jego wywołała dyskusje i spory trwające wiele lat. Jedni twierdzili, że przypadki opisane przez Bayle'a są to końcowe stadia różnych cierpień, inni skłaniali się do jego stanowiska, że tworzą one samodzielną jednostkę chorobową nosologiczną już od samego początku zachorowania o rokowaniu złym. Przeważyło stanowisko Bayle'a poparte przez Colmeila (1826), który ujął monograficznie całokształt zagadnienia choroby porażenia postępującego. Na posiedzeniach Towarzystwa Psychiatrycznego w Paryżu nastąpiło ostateczne uzgodnienie poglądów co do jednolitości cierpienia. Wyodrębniając pierwszą jednostkę chorobową w psychiatrii ani Bayle, ani Colmeil nie sprecyzowali wymagań stawianych nosologicznym jednostkom chorobowym psychiatrycznym.

Wyodrębnienie porażenia postępującego, jako jednostki chorobowej, udało się Bayle'owi dzięki oparciu rozpoznania klinicznego na objawach cielesnych i psychicznych. Niezależnie od wielkiego, niedocenianego początkowo, odkrycia Bayle'a, przodująca wówczas psychiatria francuska poszła w kierunku symptomatologicznym. Objawy chorobowe łączono w zespoły, które traktowano przez szkołę somatyków jako zaburzenia czynności mózgu. Psychologiści natomiast uniezależniali objawy psychiczne od cielesnego podłoża. W 1857 r. Es-

march i Jessen dostrzegli związek pomiędzy kiłą i porażeniem postępowym. Ujęcie porażenia postępującego jako samodzielnej jednostki chorobowej zostało ostatecznie i niezbicie udowodnione przez Nissla 1904 (swoiste zmiany anatomiczne) i przez Noguchi 1912 r. (wykrycie krętka bladego w mózgach zmarłych na porażenie postępujące).

Psychologiści uniezależniali objawy psychiczne od cielesnego podłoża. W osobie Heirotha (1773—1843) jako przedstawiciela psychologiczno-spekulacyjnej psychiatrii, kierunek psychologiczny doszedł do najbardziej krańcowego stanowiska. O klasyfikacji i odróżnieniu chorób decydują wyłącznie momenty psychologiczne. Nie odróżnia on pojęć: psychologiczny, moralny, patologiczny. Istotą choroby psychicznej jest pozbawienie duszy swobody. Wina i grzech, poddanie się złemu są to przyczyny tej choroby. Podniecenie lub przygnębienie kierują nastrojem, duszą, wolą. Przez nasilenie i kombinację tych stanów otrzymuje Heinroth 36 postaci stanów chorobowych, dzieląc je jeszcze na poddziały.

Psychiatria rozrastała się i zatracała w mnóstwie grup i podgrup chorób. Było niepodobieństwem ujęcie faktycznego materiału i obserwacji w jedną całość. Odróżniano jako rozpoznanie: dementia primaria, secundaria, consecutiva, curabilis, stupiditas, paranoia acuta, tipica, resonatoria, religiosa, reformatoria, inventoria, erotica, sexualis, persecutoria, originaria, vesania melancholica, halucinatoria, neuralgica, maniacalis; mania exaltativa, tipica, furibunda, gravis itd.

Ożywiony twórczą myślą Bayle'a, Kahlbaum w roku 1863 w pracy „Grupierung der psychischen Krankheiten" uczynił dalszy krok naprzód, a w pracy „Die Katatonie oder das Spannungsirresein" wyodrębnił jednostkę chorobową katatonię, która w przypadkach typowych przebiegała w postaci kolejnych stanów podniecenia, przygnębienia, negatywizmu, osłupienia, splątania, kończąc się stanem zejścia w otępienie lub wyzdrowieniem. Okresowi negatywizmu i osłupieniu towarzyszą objawy cielesne: sztywna, nieruchoma postawa, sinica, obrzęki, ślinotok. Zestawienie objawów psychicznych i cielesnych umożliwiło więc Kahlbaumowi wyodrębnienie jeszcze jednej, poza porażeniem postępującym, jednostki chorobowej. W 1874 roku Kahlbaum publikuje pracę pod tytułem „Über cyclisches Irresein". W tym samym roku Hecker opisuje jednostkę chorobową hebefrenię. Samt w 1875 roku w swojej podstawowej pracy o epilepsji wysunął i jasno sformułował wymagania stawiane jednostce chorobo-

wej. Jednostka chorobowa, jak to pojmowali Kahlbaum i Samt tworzą przypadki o wspólnej, a właściwej każdej jednostce chorobowej, etiologii, wspólnym podłożu anatomicznym, wspólnych objawach chorobowych, jednolitym przebiegu i zejściu. Każda jednostka chorobowa ma zatem wspólną etiologię podłoża, objawy, przebieg.

Nie wszystkie jednostki chorobowe odpowiadają w pełni powyższym wymaganiom. Wśród cierpień somatycznych choroby zakaźne, naprzykład krupowe zapalenie płuc, może służyć jako najbardziej typowy przykład jednostki chorobowej. W psychiatrii cierpieniem posiadającym wszystkie cechy stawiane jednostkom chorobowym jest delirium tremens — biała gorączka; etiologia — przewlekły alkoholizm, objawy — nagły wybuch choroby po krótkich zwiastunach zaburzenia świadomości, dezorientacja przy zachowaniu orientacji co do własnej osoby, zafałszowanie postrzegania (omamy, złudzenia zmysłowe), wzmożona sugestywność, podniecenie, niepokój, wzmożona ruchliwość, drżenie, podniesienie ciepłoty. Po kilku dniach poty, spadek ciepłoty, głęboki sen. Po obudzeniu się zazwyczaj wyzdrowienie i powrót do stanu przedchorobowego, w rzadkich wypadkach przejście w stan przewlekły. Jakkolwiek na podstawie zmian histologicznych nie możemy postawić pewnego rozpoznania, że za życia osobnik cierpiał na delirium tremens, to jednakże zmiany te są dość charakterystyczne, choć dotychczas niesprecyzowane.

Kraepelin w czwartym wydaniu swej psychiatrii w 1893 r. rozpoczął reformę klasyfikacji psychiatrycznej, w piątym sprecyzował klasyfikację, przyjmując sposób pojmowania chorób psychicznych w ujęciu Kahlbauma, Samta i Heckera. Oparł on klasyfikacje chorób psychicznych zdecydowanie i konsekwentnie na jednostkach chorobowych, uwzględniając etiologię, zmiany anatomiczne, objawy, przebieg choroby i stany końcowe.

Poglądy Krapelina układały się w okresie, kiedy Nissl osiągał zdobycze w dziedzinie histopatologii układu nerwowego. Zdawało się, że odkrycie zmian w układzie nerwowym, zachodzących pod wpływem działania środków farmakologicznych pozwoli oprzeć klinikę chorób psychicznych na trwałych podstawach anatomii. Wiele z pokładanych nadziei zawiodło. Drugim fundamentem, na którym Kraepelin chciał oprzeć psychiatrię była psychologia. W pracowni psychologicznej Kraepelina, ucznia Wundta, zostały wykonane liczne prace, mające za cel stworzenie podwalin psychiatrii. Zgromadzono dużo

faktycznego materiału, ale oprzeć psychiatrii na ówczesnej psychologii doświadczalnej nie udało się. Kraepelin zorientował się i wycofał, oparł swoją psychiatrię na danych klinicznych, uniezależniając się od psychologii, czerpiąc z niej tylko to, co mógł wykorzystać dla psychiatrii. Kraepelin wprowadził do swej klasyfikacji dwie jednostki chorobowe: psychozę maniako-depresyjną (folie à double formes Baillargera), zaliczając tu przypadki o rokowaniu dobrym, w którym stany podniecenia i przygnębienia, występujące okresowo, stanowią istotę choroby oraz dementia praecox (termin niezbyt udany wzięty od Morela, zastąpiony przez Bleulera w 1911 jeszcze mniej udanym schizofrenia) o rokowaniu złym, o etiologii nieznanej, objawach różnorodnych, przebiegu niejednolitym, dającą jednak wspólny obraz końcowy. W labiryncie objawów otępienia wczesnego Kraepelin ustalił pewną prawidłowość. Otępienie wczesne objęło katatonię Kahlbauma, uprzednio wyodrębnioną jako jednostkę chorobową, hebefrenię Heckera, oraz otępienie paranoidalne (dementia paranoides). Oprócz wielu wspólnych objawów stanu końcowego otępienia, wszystkie postacie nowoutworzonych jednostek chorobowych charakteryzowały wspólne objawy i zespoły, napozór bezładnie występujące w przebiegu choroby oraz to, że nieraz hebefrenia przeistacza się w otępienie poranoidalne, katatonia występuje w przebiegu hebefrenii. Ujęcie tych różnorodnych postaci w jedną jednostkę chorobową okazało się uzasadnione, usuwało istniejący chaos i okazało się twórcze dla dalszego rozwoju psychiatrii.

Klasyfikacja Kraepelina usunęła rozdrobnienie postaci chorobowych i wprowadziła ogólną zasadę w ujmowaniu chorób psychicznych, usiłując wyodrębnić jednostki chorobowe o jednolitej etiologii, podłożu anatomicznym, objawach, przebiegu, stanach końcowych. Zasada jednostki chorobowej nie mogła być wszędzie konsekwentnie przeprowadzona, lecz tam, gdzie była zastosowalna, została wykorzystana. Kraepelin usiłuje oprzeć klasyfikację na zasadzie etiologii.

Jak Kraepelin usiłował oprzeć psychiatrię na zdobyczach anatomii i psychologii eksperymentalnej, tak samo Bleuler próbuje wprowadzić do podstaw w psychiatrii, a w szczególności do nauki o schizofrenii, zdobycze szkoły psychoanalitycznej, również bez powodzenia. W późniejszych swych pracach Bleuler stanął, tak samo jak Kraepelin, na gruncie psychiatrii klinicznej.

Dla ówczesnej psychiatrii najbardziej rozstrząsanym zagadnieniem było rozgraniczenie psychozy maniako - depresyjnej od dementii praecox. Sam Bleuler, który artystycznie opisał schizofrenię, przyznaje, że istota jej nie jest dotychczas uchwycona i w ogóle nie mamy obrazu choroby w psychologicznym ujęciu. Dla Kraepelina kryterium rozpoznawania schizofrenii jest przebieg cierpienia i okres końcowy, stanowisko uzasadnione nawet obecnie, wobec leczenia wstrząsowego, stanowiącego istotną zdobycz w psychiatrii. Psychiatria i klasyfikacja Kraepelina została przyjęta i ogólnie rozpowszechniła się szybko po świecie.

II

Kraepelin opiera się na obserwacji, na empirii, nie na psychologii i dlatego jego psychiatrię możemy nazwać psychiatrią kliniczną, opartą na etiologii i nosologii. Zwrócił on przede wszystkim uwagę na proces chorobowy. Nie doceniał, we wcześniejszych wydaniach swego dzieła, znaczenia konstytucji chorego, jego cech indywidualnych, jego osobowości i swoistego sposobu reagowania, okoliczności, warunków powstawania chorób. Stanowisko Morela i Magniana, nauka o zwyrodnieniu nie została przez Kraepelina należycie oceniona. Badania nad dziedzicznością, nad indywidualnymi cechami jednostki, osobowość, charakter, temperament dopiero później wysunęły się na czoło zainteresowań w psychiatrii. W 1909 roku Bonhoeffer opublikował swe pierwsze prace o egzogennych psychozach. Bonhoeffer obserwował, że przy wielkiej różnorodności przyczyn chorobotwórczych istnieje ograniczona ilość reakcji psychicznych, nazwanych przez Moebiusa reakcjami zewnątrz pochodnymi, egzogennymi. Infekcje, zatrucia, urazy, również zatrucia mające swe źródło w samym organizmie (azotemia, chloruremia, hiperglikemia, eklampsja) są przyczynami egzogennymi. Reakcjom egzogennym przeciwstawia się reakcje wewnątrz pochodne — endogenne, do których zalicza się przeżycia wypływające z konstytucji chorego, nerwice, psychozy reaktywne, schizofrenię, psychozę maniako - depresyjną. Postacie reakcji zewnątrz pochodnych tworzą pewne typy mniej lub więcej ściśle od siebie odgraniczone. Ujęcie egzogennej psychozy przy nagminnym zapaleniu mózgu dał u nas Pieńkowski.

Hoche w 1912 roku, trzymając się klasyfikacji Kraepelina, wystąpił z nauką o zespołach. Hoche próbował uzupełnić, a nawet zastąpić

jednostki chorobowe zespołami. Osobnik reaguje na bodźce lub wyładowuje swoją energię w postaci określonych przeżyć i zespołów pozostających dotychczas w ukryciu. Zespoły są to sposoby reagowania, są one jakby preformowane, jakby były gotowe do wyładowania się w odpowiedniej chwili. Prototypem zespołu może być napad epileptyczny. Organizm stereotypowo, automatycznie reaguje w postaci napadu epileptycznego na nieznane nam przyczyny chorobotwórcze.

Kraepelin w r. 1922 włączył do swojej nauki uzasadnione postulaty Bonhoeffera i Hochego oraz zdobycze nauki o dziedziczności i konstytucji. Stanął na stanowisku, że różne postacie reagowania psychicznego są zawarte w konstytucji osobnika, jako ukryte potencjały i wyładowują się jako swoiste reakcje psychiczne. Przed psychiatrią stały otwarte nowe drogi. Zwrócono uwagę na indywidualność, charakter, konstytucję, osobowość, na sposób reagowania osobnika, przystąpiono na wielką skalę do badań nad dziedzicznością. Kretschmer studiami nad konstytucją cielesną i psychiczną przyczynił się do obudzenia zainteresowania w tym kierunku. Nauka o dziedziczności rozwinęła się kolosalnie, odsuwając na plan dalszy i zaciemniając nieraz zagadnienie psychiatrii klinicznej. Praca w tym kierunku jeszcze nie jest zakończona. Psychiatria francuska przodująca od czasów Pinela utrzymała się na stanowisku symptomatologicznym. Ostatnio przesunęła się w kierunku stanowiska nosologicznego — świadczą o tym prace Janga i Baruka, Courtois, Clauda, Eya, Vincenta. Prace doświadczalne nad katatonią wywołaną u zwierząt przez wstrzykiwanie bulbokapniny, adrenaliny, żółci, szczepieniem prątkiem okrężnicy, stanowisko szkoły Clauda i jego uczni Santenois, Tinela, Garélona — wysuwają znaczenie układu wegetatywnego w etiologii schorzeń psychicznych i wraz z klasyfikacją Rogue de Fursaca zbliżają psychiatrię francuską do stanowiska etiologiczno - nosologicznego.

W połowie ubiegłego stulecia spór w psychiatrii pomiędzy psychologistami i somatykami doprowadził do przewagi somatyków. Usiłowano umiejscowić zaburzenia psychiczne w pewnych okolicach mózgu. Nie znajdując w znajomości anatomii dostatecznego oparcia do wytłumaczenia i rozpoznawania stanów psychicznych i psychopatologicznych, kierowano się fantazją, stwarzano wyimaginowane teorie. Z budowy wnioskowano o czynności, a z czynności wyprowadzano wnioski o budowie. Z wystąpieniem Teodora Meynerta nauka o bu-

dowie mózgu posunęła się naprzód. Meynert uzupełnił zdobycze anatomiczne koncepcjami planu budowy, zależność objawów psychicznych od czynności włókien kojarzeniowych, od wzmożonego lub upośledzonego przewodnictwa, od przekrwienia i anemizacji mózgu. Usiłował wyprowadzać wnioski co do budowy układu nerwowego z planu jego budowy i starał się zrozumieć zaburzenia czynności mózgu na podstawie zmian, jakie zachodzą w jego budowie. Tworzył on pola projekcyjne, ośrodki mózgowe posiadające pewne funkcje, zawierające obrazy, wspomnienia, postrzegania. Meynert wyciąga daleko idące wnioski ze swych założeń co do lokalizacji, czynności i schorzeń pod względem anatomicznym, fizjologicznym, psychologicznym i psychopatologicznym. Odkrycia i teorie Meynerta wzbogaciły i pogłębiły naukę o budowie i czynności mózgu, były też punktem wyjścia i bodźcem do prac jego uczni i naśladowców.

Najwybitniejszym uczniem Meynerta był Wernicke. Dla Wernickego choroby psychiczne to choroby mózgu, mogą one być zrozumiane i wytłumaczone jako wytwory mózgowe. Czynności psychiczne są zlokalizowane w różnych okolicach, w polach projekcyjnych mózgu. Zaburzenia czynności psychicznych zależą od uszkodzenia dróg kojarzeniowych, łączących te pola. Zaburzenia orientacji, rozpad osobowości, omamy, stany podniecenia są spowodowane rozluźnieniem, naruszeniem łączności kojarzeniowej, czyli zaburzenia psychiczne są to zaburzenia narządu kojarzeniowego. Każde zaburzenie psychiczne, w którym jest naruszone wypowiadanie się, jest postacią afazji transkortykalnej. Wernicke nie uwzględnia faktu, że afazja jest zaburzeniem mechanizmu mowy, a nie czynnością psychiczną. Wernicke stoi na stanowisku psychologii kojarzeniowej, stwarza on konstrukcje hipotez psychologicznych, które usiłuje powiązać z faktami anatomicznymi. Dane anatomiczne służą do zrozumienia zjawisk psychicznych. Punktem wyjścia jego nauki jest nauka o afazji. Postęp nauki wykazał, że ani psychologia kojarzeniowa, ani hipotezy anatomiczne nie znajdują odpowiednika w rzeczywistości. Pomimo oparcia poglądów psychologicznych na prowizorycznych hipotezach budowy anatomicznej i czynności mózgu, Wernicke wspaniale odtworzył obrazy stanów psychicznych i jako świetny analityk, znawca chorej psychiki i stanów chorobowych, zajął wśród psychiatrów wybitne stanowisko.

Cios psychiatrii spekulacyjnej zadał Nissl, twórca anatomii patologicznej układu nerwowego. Od niego pochodzi nazwa mitologia móz-

gu dla spekulacyjnych dociekań i psychofizjologicznych, anatomicznych paralelizmów. Badania anatomopatologiczne stwierdzają zmiany pośmiertne w układzie nerwowym. Anatomia patologiczna układu nerwowego od czasu Nissla ustala różnice, jakie zachodzą pomiędzy zmienioną chorobowo tkanką a normalną, uważa te zmiany za skutek działania czynnika chorobotwórczego, tak jak tego uczy anatomia patologiczna ogólna. Anatomia nie wyciąga natomiast wniosku o czynności lub zaburzeniu czynności fizjologicznej lub nawet psychologicznej danego odcinka układu nerwowego. Anatomia patologiczna ustala, że w porażeniu postępującym znajdują się komórki plazmatyczne mózgu, odkłada się barwnik żelaza w ściankach naczyń krwionośnych. Jest nie do pomyślenia, żeby ktoś doszukiwał się umiejscowienia siedliska czynności lub zaburzeń psychicznych: omamów, urojeń — w komórkach plazmatycznych, w komórkach Hortegi, w żelaznym barwniku odłożonym w ściance naczyń krwionośnych, chociaż komórki plazmatyczne, złogi, barwników żelaza są patognomoniczne dla porażenia postępującego. Opierając się na czystej empirii, ustalając rozpoznanie za życia i badając mózg po śmierci, Nissl ustalił związek pomiędzy rozpoznaniem porażenia postępującego i zmianami pośmiertnymi. Na podstawie obrazu mikroskopowego stawiamy rozpoznanie: porażenie postępujące; jest to diagnoza, zaszeregowanie do grupy klasyfikacyjnej. Obraz anatomopatologiczny w mózgu nie świadczy nigdy o istnieniu jakiegoś zespołu. Jaki był stan chorego przed śmiercią, czy miał urojenia, czy omamy, czy był otępiały lub nie, jaka to była postać porażenia postępującego — galopująca, ekspansywna, czy otępieniowa, tego obraz anatomiczny nie wyjaśnia, czy chory był podniecony, czy przygnębiony; w ogóle przeżyć psychicznych odzwierciedlić, wyjaśnić i zrozumieć w obrazie mikroskopowym nie można.Rozpoznanie: porażenie postępujące, a zatem jednostka chorobowa nie jest tu tworem wyobraźni, lub hipotezą, lecz faktem udowodnionym. Obrazowi klinicznemu porażenia postępującego odpowiada obraz widziany pod mikroskopem w każdym przypadku porażenia postępującego. Lecz trzeba pamiętać, że obraz mikroskopowy, nie tłumaczy, nie wyjaśnia przebiegu choroby. Dyscypliny teoretyczne: anatomia, fizjologia, patologia ogólna, psychologia, psychopatologia i oparte na tych naukach zdobycze kliniczne nie są w stanie wyjaśnić i wypełnić tej luki, jaka zachodzi pomiędzy etiologią i symptomatologią, przyczyną i skutkami. Pozostanie tu luka,

która musi być wypełniona zdobyczami opartymi na doświadczeniu lekarskim, zawsze pozostaje to, co według Hipokratesa, pozostawało nieznane, a w obecnym pojęciu naszym tworzy istotę choroby. Im trwalsze są podwaliny teoretyczne poszczególnych dyscyplin, im więcej one tłumaczą, im mniej pozostanie nieznanego, tym łatwiej można stworzyć jednolity obraz choroby i tym łatwiej można oprzeć się na znajomości objawów i zespołów, patologii i psychologii. W psychiatrii natomiast, gdzie dyscypliny teoretyczne dają tylko słabe podstawy do zrozumienia istoty schorzenia, tam klasyfikacja jest trudna, a bez niej obejść się nie można, przy czym klasyfikacja powinna być jak najbardziej dostosowana do rzeczywistości, ażeby mogła być oparciem w rozpoznaniu leczenia.

Teraz jeszcze można z całym naciskiem powtórzyć słowa wypowiedziane w 1908 roku przez twórcę histopatologii układu nerwowego Nissla. „Był to wielki błąd, że nie zdawano sobie sprawy z tego, że nauka o budowie mózgu, tak długo nie będzie mogła znaleźć się w prostym bezpośrednim stosunku do nauki o chorobach psychicznych, dopóki nie będą znane stosunki między budową mózgu i jego czynnością, o czym narazie nie może być mowy." To co Nissl wypowiedział w 1908 roku jest prawdziwe i obecnie, pomimo licznych prac, pomimo wprowadzenia nowych metod badania, wynalezienia encefalografu. Jeżeli uprzytomnimy sobie tę kolosalną pracę, ten czas jaki pochłonęły wysiłki powiązania przejawów chorób psychicznych i czynności psychicznych z budową mózgu, ażeby ustalić lokalizację, dochodzimy do wniosku, że te wysiłki z okresu przednaukowego, „mitologicznego" poszły na marne dlatego, że podłoże anatomiczne nie zostało zbadane w tym stopniu, ażeby można było myśleć o powiązaniu go z czynnościami kory mózgowej, a tym bardziej z psychologią. Usiłujemy ustalić zależność przemiany gazowej z budową płuc, wydzielaniem moczu, budową i zmianami chorobowymi moczu, z budową i czynnością serca, budową narządu krążenia, z obiegiem i zaburzeniem krwiobiegu. Lecz proces psychiczny jest zbyt zawiły i skomplikowany, żebyśmy mogli w obecnym stanie wiedzy próbować wytłumaczenia i lokalizacji procesów psychicznych. Badania cito - mielo - fibriloarchitektoniczne, nauka o odruchach warunkowych Pawłowa, zdobycze w dziedzinie fizjologii układu nerwowego Sheringtona, Hessa i innych, postępy chirurgii operacyjnej rokują nadzieję, że staną się punktem wyjścia do głębszego zrozumienia czynności układu nerwowego, co doprowadzi

z jednej strony do ugruntowania fizjologii układu nerwowego, z drugiej przysłuży się klinice. Ostatnie lata przyniosły nowy sposób badania czynności układu nerwowego — encefalografię. Tu stoimy wobec daleko sięgających możliwości poznania, łącznie z innymi metodami badania czynności mózgu.

Nie tylko przeżycia psychiczne, lecz nawet ruch lub odruch, zależne od przeżyć psychicznych, nie są dotychczas zlokalizowane. Opalski powiada w swym referacie wygłoszonym na posiedzeniu jubileuszowym Mazurkiewicza: „Dziś możemy zlokalizować zaledwie bardzo niewiele zespołów ruchowych, występujących w psychiatrii i to przeważnie tylko te, które pochodzą z niskich poziomów układu nerwowego. Im treść ruchowa zaburzeń staje się bardziej złożona, tym trudniej znaleźć podłoże anatomiczne dla tych zaburzeń. A z drugiej strony dla organicznych uszkodzeń różnych okolic mózgowia, znajdujemy odpowiedniki kliniczne tylko typu neurologicznych zaburzeń kinetyki, ale nie takie zespoły objawowe ruchowe, jakie występują w psychiatrii. Dla odkrycia genezy zaburzeń ruchowych w psychiatrii brak nam jeszcze wielu wiązań. Dziś już, zdaje się, można jednak powiedzieć, że zaburzenia te są innego wymiaru, niż zaburzenia spotykane w neurologii, że dla wyjaśnienia zagadki, być może, trzeba będzie poznania genezy zaburzeń wyższych poziomów psychiki, z których dopiero wtórnie wypływają objawy ruchowe psychoz".

Lokalizacja przeżyć psychicznych, kierujących zjawiskiem tak elementarnym jak ruch, nie jest dotychczas ustalona. Żadne perspektywy i żadne nadzieje nie są realne w dającym się przewidzieć czasie. I dlatego każda teoria lokalizująca przeżycia psychiczne w określonym miejscu układu nerwowego jest tylko pomocniczą hipotezą, ponieważ żadne przeżycie psychiczne nie zostało dotychczas zlokalizowane. Próbę zrozumienia i wytłumaczenia czynności układu nerwowego robi Monakow ze swoją nauką o diaschisis — można ją potraktować jako pomocniczą hipotezę. Mamy podstawy do przyjęcia, że każde przeżycie psychiczne i cielesne odbija się w całym układzie nerwowym czuciowo-ruchowym, statycznym i wegetatywnym i wogóle w całym organizmie: w jego narządach, tkankach, komórkach, sokach, w przemianie materii w zasadowości i kwasocie.

III

Zachodzi pytanie czy wobec nowych prądów i zdobyczy, należy opuścić stanowisko etiologiczno - nosologiczne, jak tego domaga się

Handelsman w Tygodniku Lekarskim, czy też może ono służyć jako podstawa ujmowania chorób psychicznych i prowadzić do dalszych zdobyczy naukowych. Stoją wobec siebie dwa sposoby podejścia do zaburzeń psychicznych. Z jednej strony ujęcie symptomatologiczne z drugiej nosologiczne. Celem rozpoznania symptomatologicznego jest ustalenie objawów i zespołów obejmujących pewną grupę objawów chorobowych. Zespołami są: zespół maniakalny, depresyjny, paranoidalny, majaczeniowy, zespół amnestyczny, Korsakowa, zespół Gansera i inne. Zespoły występują w chorobach zakaźnych, zatruciach, po urazach, psychozach endogennych i egzogennych, inwolucyjnych, w nerwicach. Stawiając rozpoznanie: stan majaczeniowy — wypełniamy wymagania stawiane przez stanowisko syptomatologiczne, jeżeli uzupełniamy rozpoznanie dodając: stan majączeniowy w przebiegu zapalenia płuc lub psychozy porodowej — jest to całkowicie wyczerpujące rozpoznanie dla szkoły symptomatologicznej. Ujęcie nosologiczne nie zadawala się rozpoznaniem: stan majaczeniowy w okresie porodowym. Dla stanowiska nosologicznego istnieje rozpoznanie: psychoza okresu porodowego. Niezależnie od tego, w jakiej postaci występuje, może to być majaczenie, stan przygnębienia, stan maniakalny, paranoidalny, zespół Gansera, Korsakowa lub inny. Ujęcie nosologiczne w tym wypadku opiera się na etiologii. Ma to duże praktyczne znaczenie. Psychoza porodowa lub okresu porodowego przesądza, jaki będzie przebieg cierpienia i jego wynik. Symptomatologiczne rozpoznanie: stan majaczeniowy w okresie porodowym — nie rozstrzyga zagadnienia jakie jest rokowanie. Wiemy, że poród może być przyczyną przemijającej psychozy „egzogennej", może też wyzwolić i często wyzwala chorobę psychiczną „endogenną", prowadzącą do otępienia o rokowaniu złym w postaci schizofrenii, nieuleczalną. Nie zawsze można na początku choroby przewidzieć, jaki będzie wynik. Nie zawsze można odróżnić tak zwaną endogenną psychozę — schizofrenię ze złym rokowaniem, od psychozy egzogennej, psychozy porodowej z zespołem majaczeniowym paranoidalnym lub innym o rokowaniu dobrym. Nie zawsze można przewidzieć, ale często można i zawsze należy próbować, ma to znaczenie dla postępowania i rokowania. Badając chorego w ostrym okresie choroby psychicznej, stoimy wobec zagadnienia, czy jest to psychoza reaktywna, czy endogenna, czy też powstała na tle organicznym. Stanowisko symptomatologiczne ma tu zadanie ułatwione, stwierdzając obecność któregoś z zespołów.

Lekarz stojący na stanowisku nosologicznym stawia pytanie, jaka jest przyczyna, jaki będzie przebieg i wynik choroby. Odróżnienie w okresie początkowym psychoz endogennych, egzogennych i reaktywnych lub nerwic należy do najtrudniejszych zadań rozpoznania psychiatrycznego. Nie zawsze oczywiście rozpoznanie może być od początku postawione, ale zagadnienie etiologii i rokowania ma stanowić narówni z objawami chorobowymi i ich przebiegiem podstawę rozpoznania ze stanowiska klinicznego, etiologiczno-nosologicznego.

Rozróżniamy proces chorobowy — nosos i stan chorobowy — patos. Opierając się na pojęciu procesu chorobowego, traktujemy zespoły objawowe, jako wskaźniki procesów chorobowych. Stanowisko nosologiczne bierze za podstawę do klasyfikacji procesy chorobowe jako bezpośrednie przyczyny objawów choroby, jej przebiegu i sposobu reagowania osobnika na przyczyny chorobotwórcze, powiązane empirycznie z całokształtem choroby i jej przebiegiem. Choroba w tym ujęciu, byłby to proces wraz z objawami uwarunkowanymi tym procesem oraz sposób reagowania osobnika na czynniki chorobotwórcze. Kierunek symptomatologiczny ujmuje zespoły objawowe jako jednostki chorobowe. Kierunek etiologiczno - nosologiczny ujmuje chorobę bardziej dynamicznie, symptomatologiczny — bardziej statycznie. Dla kierunku nosologicznego choroba jest nosos plus patos, dla symptomatologicznego choroba to patos.

Od wielu lat stoję na stanowisku, że istnieje jedna epilepsja: epilepsja swoista, epilepsja genuina, morbus sacer, choroba św. Walentego. Składają się na nią: swoista konstytucja epileptyczna psychiczna, charakter epileptyczny, konstytucja cielesna (Zieliński, Demianowski). Na tle tej konstytucji epileptycznej występują napady epileptyczne, nieraz rozwija się choroba o charakterze postępującym, prowadzącym w cięższych wypadkach do otępienia i zmiany osobowości. Badania nad dziedzicznością i gruntowniejsze poznanie psychiki epileptyków, doprowadziły do ściślejszego wyodrębnienia epilepsji (F. Minkowska, Mauz, Conrad). Encefalografia wykazuje odrębną krzywą wahań u epileptyków, a nawet podobna krzywa występuje u członków rodziny osobników z napadami epileptycznymi, którzy sami napadów nie mieli. Oznacza to, że krzywa wahań encefalograficznych jest swoista dla konstytucji epileptycznej, a nie dla napadu. Napady epileptyczne spotykane w przebiegu cukrzycy, azotemii, chloruremii eklampsji można wywołać stosując cardiazol w zastrzy-

kach, albo przepuszczając przez głowę prąd elektryczny, u każdego zdrowego osobnika. Napad epileptyczny nie może zatem być uważany za cechę swoistą i patognomiczną dla choroby epilepsji. Ze stanowiska symptomatologicznego można wyróżnić epilepsję swoistą i epilepsję objawową, epilepsję o „nieznanej" lub „nieustalonej" etiologii. Spotykamy się w literaturze z epilepsją alkoholową, epilepsją kiłową, epilepsją przy nowotworach. Konstytucjonalny epileptyk może stać się alkoholikiem. Rozpoznajemy wtedy epilepsję swoistą i alkoholizm przewlekły, występujące jednocześnie. Lecz napady epileptyczne u alkoholika, paralityka w schorzeniach ogniskowych mózgu, w uremii, cukrzycy, eklampsji, zatruciach bez swoistych cech epileptycznych psychicznych są napadami epileptycznymi, towarzyszącymi podstawowemu cierpieniu, lecz nie objawami jednostki chorobowej, epilepsji. Epilepsja objawowa nie istnieje. Terminy: epilepsja Jacksona i inne objawowe epilepsje są terminami nieudanymi. Trafniejszym terminem byłby zespół Jacksona.

Rozpoznanie meningitis basilaris nie przesądza, czy jest to meningitis tuberculosa, czy luetica. W pierwszym przypadku rokowanie do niedawna było beznadziejne, w drugim odpowiednio zastosowane leczenie w ciągu godzin lub dni daje poprawę, w dalszym przebiegu usuwa objawy chorobowe. — Stan przygnębienia osobnika w okresie przekwitania może być objawem psychozy inwolucyjnej w znaczeniu nosologicznym, lub objawem psychozy maniako - depresyjnej. W pierwszym przypadku rokowanie jest złe, w drugim dobre. Rozpoznanie: stan przygnębienia, zadawalający stanowisko symptomatologiczne, nie przesądza rokowania i wyniku, do którego zmierza choroba.

Wymaganie stawiane przez stanowisko nosologiczne zmusza od początku do zajęcia stanowiska i ustosunkowania się do etiologii i rokowania, daje rozpoznanie zgodne z postawionym zagadnieniem. Stanowisko symptomatologiczne upraszczając zagadnienie, zmniejsza zarazem odpowiedzialność stawiającego rozpoznanie. Wyrazicielem krańcowo i konsekwentnie przeprowadzonego stanowiska szkoły symptomatologicznej był Ziehen. Należał on do psychologicznej szkoły kojarzeniowej i jej zdobycze zastosował do psychiatrii, tworząc konsekwentnie system psychofizjologicznej psychopatologii. Choroby psychiczne są to zaburzenia kojarzeń w dziedzinie czuć, postrzeżeń, wyobrażeń, popędów. Ziehen opisuje objektywne przejawy chorób

psychicznych. Psychiatria jego jest opisowa, jest konsekwentnym zastosowaniem poglądów psychologii kojarzeniowej i psychofizjologii w ujmowaniu chorobowych stanów psychicznych. Jeżeli Ziehen stawia rozpoznanie: paranoia acuta simplex, to stwierdza ostry okres choroby i brak urojeń, jeżeli u chorego zjawiły się we wczesnym okresie choroby omamy, to w rozpoznaniu następuje zmiana na paranoia acuta halucinatoria, jeżeli sprawa przewleka się, to rozpoznanie przy obecności omamów brzmi: paranoia halucinatoria chronica, w nieobecności omamów, paranoia simplex chronica. Tu nic rozpoznaniu zarzucić nie można, jest ono zgodne ze zgóry powziętym ujęciem i konsekwentne. Lekarz jest tu obserwatorem, stawia rozpoznanie, stwierdza fakt, nie przesądza dalszego przebiegu choroby. Z chwilą kiedy choroba przejdzie w inną fazę, rozpoznanie zostaje zmienione i dostosowane do wymagań systemu.

Poznanie chorego polega na poznaniu stanu cielesnego i psychicznego osobnika, jego właściwości indywidualnych, zasobu sił, sposobu i możliwości reagowania na czynniki chorobotwórcze, ustaleniu przyczyn chorobotwórczych, wywołujących chorobę, postać i przebieg cierpienia. Mając obraz stanu faktycznego, ustalamy rozpoznanie, czyli zaliczamy chorobę do jakiejś znanej jednostki chorobowej. Mając rozpoznanie, sprawdzamy i analizujemy nasz przypadek ze stanowiska ustalonych wiadomości o chorobie, uzupełniając i oceniając stan chorego z tego nowego stanowiska. Stawiamy rokowanie, przystępujemy do ustalenia wskazań i leczenia chorego. Jeżeli na podstawie badania klinicznego postawiliśmy rozpoznanie: porażenie postępujące, to zwracamy baczną uwagę na mowę chorego, przewidujemy jaki będzie wynik badania płynu mózgowo - rdzeniowego. Jeżeli wyniki okażą się niezgodne z naszym przewidywaniem, wracamy do badania chorego, poddajemy krytyce nasze rozpoznanie i przewidywania.

Biegański w swym znakomitym dziele „Logika medycyny" obrazowo przedstawia, że przez postawienie rozpoznania, czyli podporządkowania danego przypadku jakiejś klasie lub gatunkowi znanemu w patologii, lekarz nie spełnił jeszcze swego zadania wobec chorego. Samo rozpoznanie nie uwzględnia faktycznego stanu organizmu, własności indywidualnych chorego, warunków powstawania cierpienia, jego sił obronnych. Znalezienie odpowiedniej klasy i nazwy dla danego przypadku chorobowego, nie daje żadnego punktu oparcia dla leczenia. Schematyczna diagnoza nie jest poznaniem sprawy chorobo-

wej i chorego. W każdym przypadku należy zbadać przyczyny, które wywołały chorobę, sposób reagowania organizmu. Należy zwrócić uwagę na cechy indywidualne chorego, na swoisty przebieg choroby, wziąć pod uwagę wszystkie indywidualne własności ustroju i połączyć wszystkie objawy w jedną całość w zależności przyczynowej i celowej. Czynność ta stanowi istotę poznania choroby i chorego i jest ważniejsza niż samo zaszeregowanie do jakiejś jednostki klasyfikacyjnej.

IV.

Prawie każdy autor zabierając głos w sprawie klasyfikacji, prawie każdy wykładający miał własną klasyfikację. Przeglądając literaturę psychiatryczną od czasu Pinela, czyli za 150 lat, naliczyłem, jeśli dobrze pamiętam, 32 klasyfikacje. Jest ich bez porównania więcej. Z polskich klasyfikacji wymienię niektóre: Pląskowskiego, Erlickiego, Rothego, Radziwiłłowicza, Borowieckiego, Bornsztajna, Frostiga.

Żadna z klasyfikacji psychiatrycznych dawniejszych i obecnych nie rozpowszechniła się tak szeroko jak klasyfikacja Kraepelina. Charakterystyczne dla nie jest oparcie się na etiologii i dążenie do wyodrębnienia jednostek nosologicznych. Tam, gdzie wyodrębnienie jednostek okaże się niemożliwe, tam podział musi być objawowy. Sam fakt istnienia wielkiej ilości klasyfikacji psychiatrycznych świadczy,jak trudno stworzyć klasyfikację odpowiadającą rzeczywistości i jak klasyfikacja dla psychiatrii jest potrzebna. Jeżeli uda się stworzyć klasyfikację lepszą niż Kraepelin, to nikt przy tej ostatniej upierać się nie będzie. U nas Bornsztajn podał klasyfikację opartą na podstawach etiologiczno - nosologicznych, jest ona zbliżona do klasyfikacji Kraepelina.

Handelsman w pracy: „W sprawie klasyfikacji psychiatrycznej", zajmuje stanowisko odrębne od mojego, w stosunku do kierunku symptomatologiczno - zespołowego i nosologicznego. Uważa on, że rozwój psychiatrii klinicznej jest zależny od rozwoju i rozbudowy psychopatologii. Ale, jak to wynika z dotychczasowych moich wywodów, nie mogę się zgodzić, że tylko metoda rozpoznawania psychiatrycznego pod postacią poszczególnych stanów, czy zespołów doprowadzi do lepszego poznania i rozumienia obserwowanych przypadków. Starałem się uzasadnić, że do celu poznania i leczenia chorego najlepiej prowadzi nauka Hipokratesa, ujmująca chorobę jako zjawi-

sko złożone, gdzie dostępne naszemu badaniu są przyczyny wywołujące i warunki powstawania choroby, objawy choroby, istota natomiast jest nieznana. Ujmowanie zespołowe jest konieczne tam, gdzie nie można ustalić jednostki chorobowej. Gdzie zaś istota i podłoże zaburzeń są dokładnie zbadane i znane, tam ujęcie nosologiczne i symptomatologiczne zbiegają się. Przy obecnym stanie wiedzy jesteśmy jeszcze od tego stanu bardzo oddaleni. Nauka i klasyfikacja, oparta jedynie na zespołach, byłaby uzasadniona wtedy, gdyby zespoły zostały ugruntowane na podstawach fizjologii i psychologii, gdyby psychiatria mogła być traktowana jako czynnościowa patologia, gdyby klinika chorób psychicznych, inaczej wyrażając się, szczegółowa patologia i terapia chorób psychicznych stały się zastosowaniem patologii, psychologii i psychopatologii w poznaniu i leczeniu chorób psychicznych. Podobny cel stawiali sobie fizjolodzy Bichat, Magendie, Claude Bernard, klinicyści Wunderlich, Krahl. Nie osiągnęli zamierzonego celu. Co było wtedy niewykonalne w medycynie ogólnej, jest też niewykonalne i obecnie zarówno w psychiatrii jak i medycynie w ogóle. Klinika chorób psychicznych nie wypływa jako konsekwencja z psychopatologii. Opiera się na psychopatologii, podstawach nauk teoretycznych i uzupełnia ją danymi empirycznymi, zdobytymi przez obserwacje. Psychiatria, tak jak i medycyna w ogóle, wyrosła z obserwacji i wierzeń ludowych, nosi na sobie piętno pracy, odkryć i zdobyczy, na które składały się wieki. Nosi na sobie ślady pracy różnych epok, stąd jej niejednolity charakter i styl. Ujęcie symptomatologiczne, jak starałem się wykazać, jest ułatwieniem rozpoznania i nie obarcza stawiającego rozpoznanie w tym stopniu co nosologiczne, odpowiedzialnością za rokowanie.

Handelsman proponuje, ażeby Polskie Towarzystwo Psychiatryczne wybrało komisję, która by się zajęła opracowaniem klasyfikacji chorób psychicznych na podstawie teorii Mazurkiewicza. W 1939 roku Bonawentura Kamiński zaproponował utworzenie komisji, która by się zajęła ustaleniem terminologii psychiatrycznej, przypomniał przy tym, że przed nim już Radziwiłłowicz, następnie Borowiecki występowali z podobnymi wnioskami. Jestem przeciwko podobnym komisjom za wcześnie stworzonym. Zdając sobie sprawę, że terminologia psychiatryczna wymaga opracowania, uważam, że nie należy krępować autorów wiążącymi postanowieniami komisji, ponieważ pojęcia i terminy psychiatryczne jeszcze niedostatecznie doj-

rzały. Poznanie zjawisk chorobowych i umiejętność ich leczenia osiąga się na drodze empirycznej. Mądrość ludowa przez tysiące lat pracowała, żeby posiąść sztukę leczenia. Choroby serca były leczone przed odkryciem Herveya. Z drugiej strony — drogą teoretycznej pracy naukowej. Pierwsze kroki naukowego ujęcia krążenia mogły być zrobione dopiero po jego odkryciu. Obecnie żyjemy w okresie, kiedy świadomie usiłujemy wykryć mechanizmy chorobowe zmienionych czynności fizjologicznych. W stosunku do leczenia, celem, do którego zmierza nauka, jest leczenie zgodne z podstawami patologii czynnościowej (patologicznej fizjologii) i naukowo ugruntowanymi zdobyczami wiedzy o działaniu środków chemicznych i fizykalnych. Przykładem emprycznie zdobytego leku jest rtęć, która przez tyle stuleci ratowała ludzkość od kiły. Salwarsan został wynaleziony po kilkudziesięciu latach żmudnej pracy. Naparstnica w ręku znachorki i Weteringa była środkiem empirycznie wypróbowanym; późniejsze badania stworzyły podwaliny do naukowego jej zastosowania. Jeżeli medycyna znajduje się daleko jeszcze od celów, do których zmierzali twórcy metody doświadczalnej w medycynie — Bichot, Magendie, Claude Bernard — to o wiele dalej od tego celu znajduje się psychologia i psychopatologia ogólna. Dotychczas medycyna musi przeważnie ograniczać się do stosowania zdobyczy empirycznych. Zbiorową, składającą się z różnych postaci chorób, jest oligofrenia. Wchodzą tu przypadki chorób występujących rodzinnie, dziedzicznie przekazanych, wchodzą przypadki schorzeń jako skutki przebytych infekcji, urazów, zatruć itd. Oligofrenia nie jest jednostką chorobową, lecz zbiorem jednostek chorobowych. Nie jest również jednostką chorobową, ani nawet zbiorem jednostek chorobowych, dającym się rozbić na wiele postaci — psychopatia. Jest ona, przy obecnym stanie wiedzy, workiem, do którego się wrzuca nieokreślone przypadki. W grupie tej brak dotychczas segregacji. Usiłowanie uporządkowania zespołowego może tu być uwieńczone powodzeniem.

Publikujący prace naukowe autorzy nie powinni być krępowani uchwałami komisji, przeciwnie, powinni mieć swobodę tworzenia nowych terminów lub klasyfikacji. Dopiero wtedy, gdy nauka osiągnie należyty rozwój, gdy będzie można pokusić się o ustalenie i wygładzenie terminologii (co jest możliwe dopiero po sprecyzowaniu często niejasnych i mało rozgraniczonych pojęć psychiatrycznych) lub stworzenie klasyfikacji, komisja może okazać się pożyteczna. Ana-

tomia opisowa ma warunki bezporównania mniej skomplikowane przy ustalaniu terminologii. Jest obojętne, czy będziemy używali terminu v.cava superior' lub też v.cava cranialis. Co pewien czas międzynarodowy zjazd anatomów poddaje rewizji nomenklaturę anatomiczną. Anatomia jest dyscypliną starą, terminologia dobrze opracowana, znaczniejszych odkryć już się nie robi i tu komisyjne opracowanie terminologii jest uzasadnione. Gdy chodzi o szczegóły i większą dokładność i poprawę stylu, zjazd anatomów, odbyty w Bazylei w 1895 r., ustalił, zdawało się ostatecznie, mianownictwo anatomiczne. Jednakże na zjeździe w Jenie w 1935 r. uznano za potrzebną zmianę wielu terminów. Uległo zmianie 483 nazwy. Jeżeli psychiatria będzie pracowała w tempie zbliżonym do anatomii, to nie 40 lat trzeba będzie czekać na zmiany terminologii, lecz dokonywać ich co kilka lat. Ciała zbiorowe i komisje tworzą nieraz twory nieprzydatne do użytku. Praca zbiorowa Międzynarodowej Komisji w Genewie przy Lidze Narodów ustaliła klasyfikację chorób i przyczyn zgonów nie dającą możności wyprowadzenia żadnych wniosków praktycznych; żadnej rzeczowej statystyki nie można na niej oprzeć.

Doceniając ogromne znaczenie pracy zespołowej, zdaję sobie sprawę z tego, że w obecnym stanie wiedzy coraz mniej jest dziedzin, gdzie uczony może skutecznie pracować będąc odseperowany od współpracowników. Obecna praca naukowa musi być pracą zbiorową, a postęp nauki możliwy jest jedynie przy wspólnym skoordynowanym wysiłku wielu pracowników. Jednakże w tych konkretnych przypadkach, gdy chodzi o klasyfikację i nomenklaturę, uważam, że jeszcze za wcześnie na zbiorowe opracowanie

Sprawa musi przedtem wyjaśnić się przez to, że dojrzeje treść zagadnień, a wtedy będzie można te zagadnienia przyoblec w należyte formy i w zbiorowej współpracy ustalić nomenklaturę i klasyfikację psychiatryczną. Jeżeli kiedykolwiek komisja do ustalenia klasyfikacji zostanie wybrana, to nie można krępować jej z góry powziętą decyzją oparcia klasyfikacji na teorii Mazurkiewicza. Pracy Mazurkiewicza nie znamy jeszcze. Czekamy z niecierpliwością na jej ukazanie się. Nic o niej powiedzieć nie możemy. Wiemy, że opiera się ona na pracy J. H. Jacksona. Jackson, niedoceniony przez współczesnych, wywiera od początku bieżącego stulecia znaczny wpływ na rozwój neurologii i psychiatrii. Haed i Pick rozwinęli i uzupełnili jego naukę tworząc w jego duchu naukę o afazji. Pod wpływem Jacksona stoją

Baillarger, Dwelshauwer, Janet, Monakow, Mourgue, Declay, Birnbaum, Ey, cała szkoła strukturalnej analizy i wielu innych.

Handelsman wierzy, że teoria Mazurkiewicza stanie się podwaliną dla przyszłej psychiatrii. Jeżeli tak ma się stać, to nie należy krępować przyszłych badaczy przez ustalenie sztywnego systemu klasyfikacji, przeciwnie, trzeba im umożliwić samodzielną pracę, obudzić krytyczne ustosunkowanie się do istniejących i przyszłych zdobyczy. O ile teoria Mazurkiewicza okaże się twórcza, to na tym fundamencie będą robione odkrycia, otworzą się nowe horyzonty i wtedy psychiatria, jej klasyfikacja i terminologia oczyszczą się i wyzwolą z niewolniczych form, odrzucając przestarzałe, tworząc nowe odpowiadające rzeczywistości.

Handelsman kończy swój artykuł przypomnieniem słów wypowiedzianych na Zjazdach psychiatrów polskich: III-im w Wilnie przez Chodźkę: „Niema polskiej szkoły psychiatrycznej", a na XIII Zjeździe w Płocku przez Mazurkiewicza: „Niema psychiatrii polskiej!" A jednak psychiatria polska i szkoła stworzona przez psychiatrów polskich istniała. Jan Baliński, wnuk Jędrzeja Śniadeckiego stworzył szkołę psychiatryczną i postawił ją na najwyższym poziomie, do jakiego system niekrępowania (no restrain) gdziekolwiek doszedł. Potrafił on skupić dokoła siebie szeregi entuzjastów, którzy szeroko roznieśli ideę i umiejętność niesienia pomocy chorym i wcielali je w życie zgodnie z zasadami głoszonymi przez Balińskiego. Najwybitniejszy spośród uczni Balińskiego, Mierzejewski, jego zastępca, podniósł wysoko poziom naukowy szkoły. Pod jego kierunkiem wykonywano liczne prace naukowe, a szeregi uczni psychiatrów społeczników wychodziły z jego kliniki. Wśród uczni szkoły Balińskiego i Mierzejewskiego spotykamy wielu Polaków, wymienię jedynie Erlickiego, Czeczota, W. Mazurkiewicza, Radziwiłłowicza, Piltza. Ci ostatni prowadzili dzieło, rozpoczęte na obczyźnie przez Balińskiego, w Wilnie i Krakowie. Gdziekolwiek na świecie jest badany układ nerwowy, tam przy badaniu każdego chorego zostaje wymienione imię Babińskiego.

Obyśmy potrafili stworzyć warunki, w których Balińscy, Mierzejewscy, Babińscy mogliby pracować i tworzyć na ziemi ojczystej.

Dr LUCJAN KORZENIOWSKI

LEUKOTOMIA PRZEDCZOŁOWA I JEJ ZNACZENIE DLA LECZENIA CHORÓB PSYCHICZNYCH

Z Kliniki Neurochirurgii Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor Doc. Jerzy Choróbski)

Na wstępie wyrażam wdzięczność Doc. J. Choróbskiemu, który zachęcił mnie do podjęcia się opracowania wyników leukotomii w leczeniu chorób psychicznych i z którego cennych uwag korzystałem w tej pracy.

Doc. Choróbski operował wszystkie cytowane w niej osoby chore psychicznie.

Również wdzięczny jestem Dyr. Kaczanowskiemu i lekarzom Szpitala dla Psychicznie Chorych w Tworkach za umożliwienie mi badań osób operowanych po powrocie ich z Kliniki Neurochirurgii U. W. do szpitala w Tworkach.

Wreszcie winien jestem podziękowanie kol. Jaroszyńskiemu za rozwikłanie testu Rorschacha w jednym przypadku.

* * *

Zmiany, jakie zaszły w bieżącym stuleciu w lecznictwie psychiatrycznym, polegające na wprowadzeniu doń leczenia gorączką zimniczą, wstrząsami insulinowymi, cardiazolowymi i elektrycznymi — uczyniły z psychiatrii gałąź wiedzy lekarskiej o wielkim odsetku wyleczeń socjalnych i klinicznych.

Wciąż jednak w pewnej ilości przypadków mamy do czynienia

z opornością cierpienia przeciw stosowanym środkom. Jest to powodem poszukiwań nowych dróg w lecznictwie psychiatrycznym.

Leukotomia wzgl. lobotomia prefrontalis jest takim nowym sposobem. Impulsem do wprowadzenia tego zabiegu w leczeniu zaburzeń psychicznych, niekiedy nie mających wyraźnego podłoża anatomopatologicznego, były z jednej strony założenia empiryczne — z drugiej zaś — i teoretyczne.

Doświadczenia Jakobsena C. F. nad szympansami (1931, 1932, 1935, 1936) wykazały, że „neuroza doświadczalna" wywołana zbyt trudnymi zadaniami danymi zwierzętom do rozwiązania, a polegająca na występowaniu objawów podniecenia i rozdrażnienia — ustępowała po usunięciu im (zwierzętom) biegunów obu płatów czołowych.

Ciekawe są również spostrzeżenia poczynione u psychicznie chorych, których cierpienie uległo niekiedy znacznej poprawie po uszkodzeniu płatów czołowych. I tak w szpitalu dla psychicznie chorych w Tworkach spostrzegano znaczną poprawę u chorej, która, usiłując popełnić samobójstwo, przestrzeliła sobie płaty czołowe.

Wreszcie pewne przesłanki fizjologicznej teorii uczuć również pozwalały przypuszczać, iż obniżenie dopływu podniet z ośrodków podkorowych do kory płatów czołowych może prowadzić do uspokojenia psychoruchowego.

Od r. 1935, w którym portugalczyk Moniz E. zastosował leukotomię po raz pierwszy, minęło już wiele lat. Przez ten okres stosowano ją już często w Ameryce, Anglii, Szwecji i gdzie indziej.

Brak jest jednak dotychczas jednolitej i wyczerpującej teorii działania tego zabiegu, a i wskazania są dosyć rozbieżne. Poza tym w piśmiennictwie zwracano większą uwagę na wyniki liczbowe niż na analizę poprawy.

Wprawdzie nasz materiał obejmuje tylko 9 przypadków, gdy zagranica już rozporządza wielkimi liczbami, lecz wyniki w tych przypadkach pozwalają nam na pewne wnioski dotyczące wpływu zabiegu na chorą psychikę i analizy jego teorii.

ROZWAŻANIA TEORETYCZNE

Mc. Kenzie G., Proctor D. i inni twierdzą, iż płaty czołowe otrzymują ze wzgórka wzrokowego (thalamus opt.) za pośrednictwem dróg czołowo-wzgórkowych (tract. frontothalamicus) z ośrodków współczulnych wzgórka i podwzgórza bodźce uczuciowe.

Operacja niszczy część tych połączeń, powodując zmniejszenie napływu bodźców, tak że podniecenie ustępuje, halucynacje tracą swą wartość afektywną i zanikają, urojenia zaś spotyka taki sam los.

Zdaniem Mc. Kenziego i Proctora D. zabieg ten powoduje przecięcie około 3/5 połączeń między korą płatów czołowych, a wzgórkiem wzrokowym (thalamus opticus) i podwzgórzem (hypothalamus).

Prócz tractus frontothalamicus ulega przecięciu tractus frontoseptalis. Wzgórek wzrokowy łączy się ze swej strony z podwzgórzem przez tractus thalamo — hypothalamicus, a z przegrodą — przez tractus septo — hypothalamicus (Fulton J. F.). Szlaki, które przecinamy przebiegają w dolnej części istoty białej płatów czołowych.

Jak to wykazali Freeman W. i Watts J. badając mózgi osób, które zmarły w dłuższy czas po dokonaniu leukotomii, zabieg ten prowadzi do zwyrodnienia zstępującego szeregu jąder wzgórka wzrokowego.

W ten sposób autorzy ci ustalili, że centralne części jądra środkowego wzgórka wzrokowego (n. medialis thalami) łączą się z biegunami płatów czołowych, boczne części — ze sklepistością tych płatów (convexitas), części zaś przyśrodkowe — z podstawą płatów czołowych.

Jądro przednie wzgórka wzrokowego (n. anterior thalami) posiada połączenie z przyśrodkową powierzchnią płatu czołowego. Grupa bocznych jąder wzgórka wzrokowego (n.n. laterales) łączy się z polami ruchowymi i przedruchowymi kory i z płatami czołowymi przeciwnej strony.

Kora płatów czołowych wg. badań Clarka Le Gros W. E. i Boggona R. H. (1933) jest polem rzutowania dla grzbietowo-środkowego jądra wzgórka wzrokowego (n. dorso medialis thalami opt.). Rzutowanie to da się określić jako odpowiedniość, którą można ustalić od punktu do punktu, przy czym wg. badań Mettlera nad małpami (1947) jądro grzbietowo-środkowe łączy się ze wszystkimi polami płatów czołowych od 8 — 12 wł.

Badania Meyera A. nad zwyrodnieniem zstępującym, któremu uległo jądro grzbietowo-środkowe (n. dorso medialis thalami) u osób, które zmarły w pewien czas po dokonaniu lobotomii wykazały, że część wielko-komórkowa (p. magnocellularis) tego jądra rzutuje do pól N. 11 i 12 położonych w dolnej części płatu czołowego, zaś jego część małokomórkowa (p. parvicellularis) łączy się z polami 8, 9, 10, 11, 45, 46 i prawdopodobnie z polami 6 i 47. Przy rzutowaniu tym, biorąc ogólnie, zostaje zachowany porządek ułożenia łączących się komórek

w ten sposób, że przednie grupy komórek jądra grzbietowo-środkowego (n. dorso medialis thalami) rzutują do przednich części płatów czołowych, tylne zaś — do tylnych ich części.

Meyer wykazał również, że inne jądro wzgórka, a mianowicie podśrodkowe (n. submedius) wysyła włókna do górnego zawoju czołowego blisko pola N. 8.

Badania Meyera zaprzeczają spostrzeżeniom Freemana i Wattsa w tym ich ustępie, wg. którego pole 8 płatu czołowego otrzymuje włókna z przednio-górnej części jądra brzusznego wzgórka (p. antero superior n. ventralis thalami).

Na zasadzie badań własnych i badań Murphy'ego J. i Gellhorna E. (1945), Clark Le Gros (1948) — w ślad za nimi — wyodrębnia trzy drogi połączeń między wzgórkiem wzrokowym a płatami czołowymi: 1) od podwzgórza do jądra grzbietowo-środkowego; 2) od jądra grzbietowo-środkowego do kory; 3) od kory do jądra grzbietowo-środkowego. Pozostaje to w zgodzie ze spostrzeżeniami Obradora S. (1945), który wykazał, że uszkodzenie podwzgórza upośledza czynność elektr. kory mózgowej i że podwzgórze wpływa na tę czynność za pośrednictwem wzgórza.

Kora czołowa (cyt. za Clarkiem) otrzymuje również bodźce z podwzgórza za pośrednictwem jądra przedniego wzgórza (n. anterior thalami), które łączy się, wg. badań na niższych zwierzętach, z polami N. 24 i 23 rąbka (limbus) i zawoju obręczy (gyrus cinguli). Wg. badań Meyera (1947) pole N. 24 u człowieka łączy się z przednio-środkową częścią tegoż jądra. Jądro zaś przednie wzgórka (n. ant. thalami) jest końcową stacją pasma sutkowato - wzgórkowego (tract. mamillo - thalamicus), zaś ciało sutkowate otrzymuje włókna z zawoju konia morskiego (hippocampus) i ze sklepienia (fornix).

W ten sposób pole N. 24 i 23 jest polem rzutowania dla zawoju konia morskiego za pośrednictwem podwzgórza i wzgórza.

Na zasadzie powyższych badań, wielką część kory płatów czołowych można uważać za pole rzutowania dla bodźców podwzgórza — analogicznie, jak np. kora wzrokowa jest polem rzutowania dla bodźców z siatkówki, lub kora słuchowa dla bodźców z nerwu słuchowego. Bodźce z okolic konia morskiego (hippocampus) płyną za pośrednictwem podwzgórza do pola rąbka (limbus).

Wg. spostrzeżeń Morrisona R. S. i Dempseya E. W., drażnienie innych jąder wzgórka wzrokowego nie pozwala ustalić w ich połącze-

niach z korą płatów czołowych odpowiedniości topograficznej tak ścisłej, jak to dotyczy jądra przedniego i grzbietowo - środkowego; badania tych autorów przemawiają jednak za istnieniem połączeń rozproszonych.



Wg. Clarka. Prawa półkula mózgu od strony przyśrodkowej. Połączenia do-korowe z jąder podstawy mózgu. A — nucleus ant. thalam. M — nucleus dorsomed. (medial) thalami. P — system periventr. włókien od hypothalam. do n. dorsomedialis thalami. V — tract. mamillo - thalam. (Vicq D'Azyr).

Jeśli chodzi o połączenia zstępujące płatów czołowych z jądrami podkorowymi, to wg. Clarka obejmują one 3 grupy:

1) korowo - wzgórkowe (corticothalamic.), 2) korowo - podwzgórzowe (corticohypothalamic.), 3) korowo-prążkowe (corticostriate).

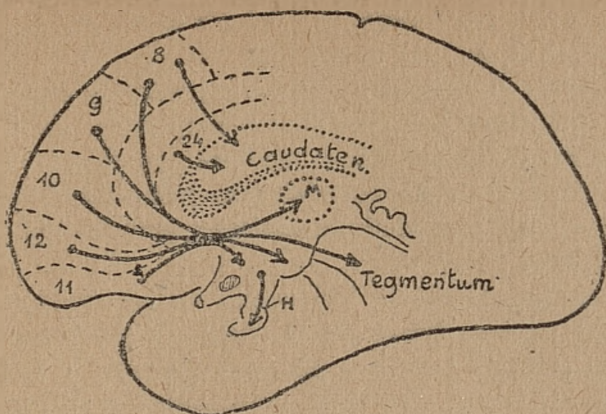
Połączenia korowo - wzgórkowe łączą płaty czołowe z jądrem grzbietowo - środkowym wzgórka (n. dorsomedialis thalami).

Włókna korowo-podwzgórzowe, według badań fizjologiczno-neuronograficznych Warda A i Mc. Cullocha W. (1947), łączą określone pola płatów czołowych z określonymi jądrami podwzgórza, w szczególności z jądrem nadwzrokowym (n. supraopticus) i jądrami przykomorowymi (n. paraventriculares), z polami bocznym i tylnym podwzgórza i z ciałem sutkowatym (corp. mamillare).

Połączenia z jądrami nadwzrokowymi i przykomorowymi (n. supraopticus et paraventr.) mają specjalne znaczenie — gdyż jądra te łączą się czynnościowo z przysadką.

Istnienie bezpośrednich połączeń czołowo - podwzgórzowych potwierdzają anatomo - patologiczne badania Meyera M., Murphy'ego J. P. i Gellhorna E. Włókna korowo - prążkowe łączą pola tłumień

8 i 24 płatów czołowych z jądrem ogoniastym. Wykazują to badania elektrofizjologiczne Murphy'ego J. P., Gellhorna E. i Meyera M.



Wg. Clarka. Prawa półkula mózgu od strony przyśrodkowej. Włókna zstępujące do jąder podstawy mózgu. M — n. dorsomed. thalami. H pasmo zstępujące do tylnego płatu przysadki.

Badania Barda P. przeprowadzone na zwierzętach, wykazują, że podniecenia ruchowe, występujące we wściekłości lub lęku, zależą od czynności jąder podwzgórza (hypothalamus).

Pogląd Heada i Holmesa, przypisujący wzgórkowi wzrokowemu i podwzgórzowi rolę stacji produkującej wszelkie podniety uczuciowe, jest zwalczany przez Lashleya. Stwierdza on na zasadzie doświadczeń na zwierzętach, że wybuchy wściekłości zależne od tych ośrodków z reguły nie trwają dłużej, niż podnieta je wywołująca. U zwierząt nie operowanych natomiast, działanie podniety rozkłada się na czas dłuższy — niekiedy paru godzin. Wiemy, że u człowieka zdolność reakcji na podnietę trwa jeszcze dłużej, niekiedy utrzymując się przez całe lata.

Poglądowi, iż działanie leukotomii polega na zniszczeniu części połączeń pomiędzy korą a jądrami podkorowymi — inni, np. Moniz E. przeciwstawiają pogląd, iż działanie to polegać może na usunięciu u psychicznie chorego, zbyt utrwalonych i usztywnionych połączeń między rozmaitymi grupami komórek mózgowych, czego skutkiem jest zmanierowanie, stereotypowość i różne nienormalności w zachowaniu.

Fulton J. F. wykazał, że system współczulny jest silnie repre-

zentowany w korze mózgowej, co pozwala znowu przypuszczać, iż procesy emocjonalne nie są wyłącznie zależne od ośrodków podkorowych i co należy wziąć pod uwagę przy analizie działania leukotomii.

Widzimy w każdym razie, że działanie to nie jest tak proste, jak by to wydawało się niektórym autorom.

Co do jednej okoliczności zgadzają się wszyscy autorzy, tej mianowicie, że leukotomia jest zabiegiem paliatywnym, nie zaś przyczynowym, że usuwą ona uczuciowe podłoże psychoz i nerwic i stąd wskazaniem dla niej nie jest taka lub inna jednostka chorobowa, lecz konieczność usunięcia składnika nadmiernej uczuciowości i podniecenia ruchowego.

Aby zrozumieć działanie leukotomii, trzeba zauważyć, że musi ona tak czy inaczej modyfikować te czynności psychiczne, które zależą z jednej strony od samych płatów czołowych, z drugiej zaś — od środków mózgowia, których połączenia z tymi płatami uległy przerwaniu w części albo w całości. Chcąc przeto głębiej wniknąć w istotę przemian wywołanych przez operację, nie możemy pominąć zagadnienia czynności płatów czołowych.

Według Rylandera G. i Brockmana, płat czołowy pod względem czynnościowym wykazuje 2 części: tylną, która ma związek z aktywnością ruchową, i przednią, która stoi na usługach wyższych czynności psychicznych. Tę przednią część niektórzy nazywają okolicą przedczołową (regio prefrontalis).

Zdaniem Clarka Le Gros korę płatów czołowych należy uważać za pole, w którym zachodzi całkowanie bodźców napływających z innych okolic kory mózgowej, przy czym całkowanie to odbywa się na najwyższym poziomie czynnościowym.

Wg. Clarka Le Gros, na zasadzie badań fizjologiczno-neuronograficznych, ustalono istnienie połączenia wzajemnego pól płatów czołowych Nr 6 i 8, jak również połączeń idących od pola 8 płatu czołowego do pola 18 kory płatu potylicznego.

Również ustalono (Bailey P. — 1944) połączenie między pasem kory płatów czołowych, obejmującym pola N. 31 i 32 położonym na przyśrodkowej powierzchni płatów czołowych w okolicy rąbka (limbus), a polami tłumiącymi 19, 2, 45, 8 i 24 tychże płatów.

Włókna tych połączeń kończą się w polach 31 i 32. Połączeń w odwrotnym kierunku pola N. 31 i 32 nie wysyłają.

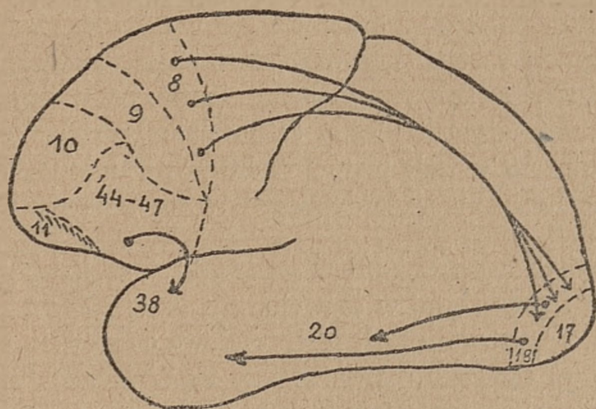
Od pola 47 (pole oczne ziarniste — area orbitalis granularis)

położonego w dolnej części płatów czołowych prowadzi połączenie do pasma haczykowatego (fasciculus uncinatus) bieguna płatu skroniowego.

Bodźce przewodzone od pola N. 8 płatów czołowych do pola N. 18 płatów potylicznych mogą być odprowadzane z tych ostatnich do płatów skroniowych przez odrębne połączenie biegnące od pola N. 18 do pola N. 20 w dolnym zawoju skroniowym.

Tu należy podkreślić, że kora płatów skroniowych zdaje się nie otrzymywać włókien ze wzgórka wzrokowego, co ją odróżnia od innych części kory. Przez swe połączenie z płatami czołowymi otrzymuje więc ona raczej bodźce, które uległy integracji w tych płatach.

Należy podkreślić, że pole N. 8 jest jedynym polem tłumiącym, dającym początek włóknom przebiegającym w ciele modzelowatym (corp. callosum), jak również należy podkreślić, że te nietłumiące pola kory, które wysyłają włókna do ciała modzelowatego — łączą się z symetrycznymi polami drugiej półkuli, podczas gdy pole N. 8 tego nie czyni i łączy się jedynie z polem N. 18 płatu potylicznego.



Wg. Clarka. Lewa półkula z boku. Długie włókna łączące, przez które podniety z płatów czołowych przewodzone są do kory w okolicy potylicznej i skroniowej.

W ścisłym związku z tymi rozważaniami anatomiczno-fizjologicznymi Clarka pozostają poglądy Russela W. R. (1948) na czynności płatów czołowych. Stwierdza on przede wszystkim, że nie ma większych różnic między skutkami usunięcia prawej czy też lewej okolicy przed-

czołowej, i że usunięcie obu okolic przedczołowych powoduje większe ubytki intelektualne, niż usunięcie jednej z tych okolic.

Wg. Russela zasadniczą funkcją płatów przedczołowych jest kontrola i przeróbka bodźców uczuciowych napływających ze wzgórza i podwzgórza.

Potwierdzają to spostrzeżenia kliniczne.

Wg. Russela składniki sprawowania się ludzkiego zależą w wielkiej mierze od pamięci, zaś badania nad osobnikami, którzy odnieśli rany płatów człowych lub którym je usunięto w części lub całości, przemawiają za tym, że czynności pamięciowe nie są w głównej mierze umiejscowione w okolicach czołowych.

To samo dotyczy sprawowania się i inteligencji.

Pamięć wypadków minionych i czynniki warunkujące zachowanie się — wg. Russela — wydają się posiadać umiejscowienie w pobliżu tylnej części okolicy skroniowo-ciemieniowej i w pobliżu ośrodków mowy. Już małe ubytki w tej okolicy prowadzą nieodmiennie do długotrwałych amnezji i zaburzeń innego rodzaju — mowy, kojarzenia i zachowania się, podczas gdy uszkodzenia płatów czołowych dają w zakresie pamięci zaburzenia przejściowe. Wg. Russela układ czołowy posiada wprawdzie wybitny i decydujący wpływ na zachowanie się człowieka poprzez rozważne planowanie i przez hamowanie bezpośrednich pobudek — lecz u człowieka dorosłego większość z tych przesłanek warunkujących jego zachowanie została opracowana w dzieciństwie przy udziale płatów czołowych i złożona w depozycie pamięciowym, który umiejscowiony jest w lewej okolicy skroniowo-ciemieniowej.

Inaczej jest u dzieci, u których po ubytkach w płatach czołowych obserwuje się trwały zastój w rozwoju.

Jednak i u ludzi dorosłych płaty czołowe odgrywają rolę, wtedy mianowicie, gdy chodzi o rozwiązywanie zagadnień oderwanych, nowych i bardziej skomplikowanych.

Tłumacząc działanie leukotomii, Russel rozróżnia trzy możliwości Jedna z nich polegać może na zatamowaniu przewodzenia czynności wyzwolonych przez proces psychotyczny w korze —do układu czołowo-podwzgórzowego. Druga mogłaby polegać na pozbawieniu czynności psychotycznych dopływu bodźców z układu czołowo-podwzgórzowego, które je podsycały. Trzecia możliwość wychodzi z założenia, że konflikt psychiczny jest zjawiskiem bardzo złożonym

i na skutek operacji nie może później rozwijać się w tym stopniu, co uprzednio.

Uwzględniając czynność tłumiącą pola N. 8 płatu czołowego — Russel ostrzega przed uszkodzeniem podczas leukotomii połączeń tego pola z jądrem ogoniastym, gdyż może to w następstwie prowadzić do napadów drgawkowych, jak również, za Fultonem (1947), twierdzi, że uszkodzenie pola N. 13 prowadzić może w następstwie do niepożądanych niepokojów w zakresie ruchowym.

Przy omawianiu płatów czołowych nie sposób jest pominąć Kleista K., którego poglądy tak skrytykowane przez Bumkego, zdają się przy omawianiu mechanizmu działania leukotomii jakby ożywiać, a które oparte są na spostrzeżeniach urazów czaszki z czasów minionej wojny światowej.

Uszkodzenie płatów czołowych, zdaniem Kleista, prowadzą w zakresie proprioceptywnym albo do ogólnego zastoju wszelkich czynności, również myślenia i mowy, albo też do ubytków częściowych a mianowicie do obniżenia napędu dla:

1) czynności ruchowych związanych ze staniem i chodzeniem,
2) mowy (transcorticale motorische Aphasie Wernickego, lub spontaniczna niemota wyrażająca się w niemożności spontanicznego nazywania przedmiotów, bowiem chodzi tu o używanie wyrazów, jako nazw),
3) ruchów ust, języka, żucia i połykania (zaburzenia tego typu: żucia i połykania występują, jak wiadomo, po leukotomii),
4) mimiki uwagi i mimiki myślenia, jak również dla samego myślenia.

Zaburzenia mowy typu czołowego, o ile rozwijają się stopniowo i powoli, prowadzić mogą, zdaniem Kleista, do postępującego zubożenia w zakresie rozporządzalnych wyrazów, co spostrzegać można w wielu cierpieniach organicznych, a również w schizofrenii. Zmniejszony zapas słów musi obsługiwać tęż samą ilość pojęć i prowadzi do tego, że czasem jedno słowo oznacza 2 lub więcej pojęć. W ten sposób powstają zagęszczenia pojęć w schizofrenii. Inną postacią zaburzeń mowy typu czołowego ma być wg. Kleista agramatyzm; płat czołowy reguluje bowiem w sposób automatyczny ustosunkowanie się i ukształtowanie wzajemne słów. Jest to więc coś w rodzaju praksji wyższego rzędu, dotyczącej mówienia.

Podobną rolę płat czołowy spełnia w zakresie układania kolejności poruszeń składających się na jakieś złożone działanie. Zaburzenia w tej dziedzinie występują w postaci luk lub skróceń w zakresie elementów jakiejś czynności złożonej, co prowadzi do czynności dziwacznych, nie rozwiniętych w całości. Spostrzega to Klest np. w schizofrenii (frontalna apraksja czynności występujących jedna po drugiej).

Również myślenie, w swym przebiegu harmonijnym i składnym uwarunkowane jest podobną „praksją myślenia". Frontalną apraksję myślenia Kleist nazywa „alogią", spostrzegając ją również w schizofrenii, w której występują luki słowne w zdaniach i niezrozumiałe skróty. Że podobne zjawiska w zakresie mowy, działania i myślenia spostrzega się w rozkojarzeniu schizofrenicznym, nie sposób jest Kleistowi zaprzeczyć. Wydaje się jednak, że Kleist nie ma racji, gdy tłumaczy je zawsze przez obniżenie napędu płatów czołowych. Chcąc te zjawiska zużytkować dla wytłumaczenia działania leczniczego leukotomii, należy przyjąć, że niekiedy są one wynikiem zaburzeń, do jakich doprowadza zwiększony dopływ bodźców uczuciowych z jąder podstawy mózgu do płatów czołowych, a może za ich pośrednictwem do okolic ciemieniowo skroniowych. Leukotomia, kładąc tamę nadmiarowi takich bodźców, powodowałaby poprawę. W tych zaś przypadkach (postacie oporne leczeniu), w których zjawiska te są rzeczywiście skutkiem tylko zmniejszenia napędu psychicznego zależnego od płatów czołowych, leukotomia może raczej choremu zaszkodzić, gdyż zapobiega zasilaniu płatów czołowych przez bodźce z jąder podkorowych.

Widzimy więc, że teoria Kleista mogłaby tłumaczyć działanie leukotomii tylko po pewnym jej zmodyfikowaniu. Na marginesie dodamy, że umiejscowienie wymienionych przez niego ośrodków dyspozycyjnych, które Kleist podaje, a którym się tu nie zajmujemy, wydaje się zbyt dokładne, aby odpowiadało rzeczywistości.

Nie na tym kończy się jednak rola płatów czołowych w rozumieniu Kleista. Mają one również, zdaniem jego, rolę w zakresie cech określających osobowość, a więc cech charakteru. I tak: słabowolność, kłamliwość, skłonność do dowcipkowania, żartów, kradzieży, niewierności, są to zmiany spostrzegane przy uszkodzeniach dolnych części płatów czołowych. Wiele z cech spotkanych w przemianach osobowości u schizofreników zależy, zdaniem Kleista, od uszkodzenia tych części mózgu i należałoby tam właśnie poszukiwać zaników komórkowych. Ten pogląd Kleista zasadniczo zgadzałby się ze spostrzeżeniami

poczynionymi u osobników, którym usunięto płaty czołowe. Prawdopodobne jest, że rola tych płatów w dziedzinie takich zaburzeń polega raczej na tym, że tracą swą kontrolę nad czynnościami jąder podstawy mózgu oraz okolic skroniowo-ciemieniowych i przez to przychodzi do przewagi czynności tych ostatnich, czynności więcej bezpośrednich, bardziej żywiołowych, mniej opanowanych, więcej automatycznych.

Wnioski Kleista, co do znaczenia dolnych części płatów czołowych, potwierdzają badania H. Spatza i innych. Co do sklepistości płatów czołowych, to zdaniem większości autorów, mają one znaczenie dla zjawisk z dziedziny inteligencji, myślenia i orientacji.

Głębokie przemiany charakterologiczne w schizofrenii należałoby również przypisać nie tylko zmianom zachodzącym w płatach czołowych, lecz także niemożności regulacji opanowania przez nie nadmiaru podniet napływających z jąder podstawy mózgu. Mechanizm działania leukotomii byłby więc zrozumiały. W tych zaś przypadkach, w których napływ pobudzeń z jąder podstawy mózgu jest obniżony, leukotomia nie mogłaby dać wyniku. Hyperkinezy, objawy kataleptyczne, stereotypie, akinezy etc. — jest to wachlarz objawów, w których stosunek czynności jąder podkorowych (thalamus opt. corpus striatum, hypothalamus) do czynności płatów czołowych jest tak czy inaczej uszkodzony. To samo dotyczy zjawisk uczuciowych, takich jak euforia, dysforia itp., przy czym zjawiska te zależałyby wg. Kleista od uszkodzenia środkowego jądra wzgórka wzrokowego (n. medialis thalami).

Szereg takich zaburzeń osobowości, jak doznania nadawania lub odciągania myśli, złudzenia i halucynacje, zależeć ma wg. Kleista również od międzymózgowia.

Gdyby tak było, działanie leukotomii polegałoby na odcięciu sfery tych zjawisk od ośrodków interpretacji korowej. Przyjąć raczej jednak można, że halucynacje powstają w korze mózgowej na skutek nadmiaru podniet płynących z jąder podkorowych, w niektórych zaś przypadkach — podniet z własnych układów enteroceptywnych charakteru współczulnego. W tym ostatnim przypadku leukotomia oczywiście nie mogłaby być skuteczna.

Kleist zaburzenia uwagi, pamięci i świadomości, które inni autorzy przypisują płatom czołowym, uzależnia od ośrodków enteroceptywnych międzymózgowia i częściowo — płatów skroniowych.

Ubytki psychiczne po zupełnym lub częściowym usunięciu płatów czołowych są niekiedy niezbyt jaskrawe i mogą uchodzić uwadze przy niezbyt dokładnym badaniu.

W r. 1936 Clovis Vincent powiedział, iż nadzieje pokładane przez psychiatrów i psychologów, że neurochirurgia wyjaśni czynności płatów czołowych — nie spełniły się.

Pouczający pod tym względem jest fakt, że u chorej Penfielda, u której usunięto prawą okolicę czołową, nie stwierdzono w długi czas po operacji żadnych zmian psychicznych. Dopiero brat chorej, lekarz, który w pewien czas po operacji chorą zobaczył, stwierdzał w niej duże zmiany w zakresie inicjatywy i zdolności organizacyjnych. Rylander G., walcząc z podobnymi trudnościami, uciekał się do sposobu porównawczego. Wyszukiwał mianowicie spośród zdrowych ludzi takich, którzy byli podobni do badanych przezeń chorych, u których wycięto płaty czołowe, a mianowicie przypominali ich z tego okresu, gdy jeszcze nie chorowali. Uwzględniał przy tym zarówno podobieństwo psychiczne, jak wykształcenie, warunki bytu itp.

Badając swych chorych, zestawiał osiągnięte wyniki z badaniami tych „sobowtórów". Tym sposobem mógł ustalić wiele przemian psychicznych.

Brickner R. M. (1936) w pracy dotyczącej 40-letniego chorego, któremu usunięto oba płaty czołowe aż do okolicy przedruchowej, zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń, podczas których nie odstępował nieomal od pacjenta i to już po wypisaniu go ze szpitala. Stwierdził on u niego: zdziecinnienie, euforię, braki w ocenie własnego położenia, brak inicjatywy, duże roztargnienie, samolubstwo, skłonności ekshibicyjno - seksualne i nienormalne zachowanie się. Chory ten często zupełnie bez uzasadnienia przerzucał się od żartowania do dziecinnego naśladowania, od uczuć poniżenia do chełpliwości.

Chory ten radził sobie dobrze w dziedzinach znanych mu uprzednio, gorzej zaś w sytuacjach nowych i oryginalnych, gdy chodziło o nowe skojarzenia i o nowy osąd. Brickner dochodzi do wniosku, że chory jego miał braki w sferze kojarzeń wyższego rzędu, nie posiadał zaś ich w sferze kojarzeń bardziej prostych. Twierdzi on, że górna granica zdolności syntetycznych jego chorego była nieprawidłowo niska i bardziej sztywna niż u ludzi normalnych. Szczególnie dotyczyło to myślenia abstrakcyjnego. Za charakterystyczną cechą swego chorego Brickner uważa upośledzenie procesu syntezy; jest to zmiana nie-

jako pierwotna, do której, zdaniem autora, dołączyć należy objawy takie jak: niezdolność skupienia się, „gonitwę myśli", rozmowność, zaburzenia pamięci, zmniejszenie zainteresowań, zdziecinnienie, euforię zwolnienie czynności intelektualnych i perseweracje.

Co do zmian natury uczuciowej, to, zdaniem Bricknera, były one wtórne i raczej wynikały z zaburzeń kojarzenia, gdyż płaty czołowe wg. niego nie mają bezpośredniego związku z dziedziną uczuciową. Nie mógł on natomiast wytłumaczyć licznych objawów z zakresu natręctw, zaburzeń mowy i wybryków seksualnych. Widzimy więc, że wiele objawów spotrzeganych przez Bricknera zgadza się z poglądami Kleista na czynności płatów czołowych i ich związek ze zwojami podstawy mózgu. Zdaniem Bianchi, od płatów czołowych zależy zachowanie socjalne i zaburzenia czynności tych płatów wyrażają się w braku taktu, arogancji, bezkrytycznym entuzjaźmie, euforii, nieopanowanych wybuchach uczuciowych.

Freeman W. i Watts J. twierdzą, że od płatów czołowych zależy zdolność przewidywania i możność wglądnięcia w siebie. Zdolność przewidywania jest warunkiem wszelkich czynności syntezy i planowania, te zaś czynności są, jak wiadomo, upośledzone przy uszkodzeniach płatów czołowych. Obniżenie zdolności do wglądnięcia w siebie prowadzić może do rozmaitych uchybień w stosunkach pomiędzy osobnikiem a otoczeniem. Niezwykle sumienna praca Rylandera G. o zmianach osobowości po operacjach na płatach czołowych u 32 chorych dotkniętych guzami mózgu, uprawnia go do stwierdzenia u nich zmian w zakresie uczuciowym (euforia, skłonność do żartów) oraz gadatliwości, lecz nie gonitwy myśli. Niekiedy znajdował on u tych chorych zmiany wręcz przeciwne, co, zdaje się, zależało od konstytucji psychofizycznej. W zakresie intelektualnym stwierdzał osłabienie różniczkowania, uwagi, pamięci, jak również zmiany w ustosunkowaniu się do otoczenia; np. brak taktu, wczucia się i przewidzenia oddziaływania otoczenia na ich zachowanie, niezwykłą gadatliwość. Spostrzegał on również u tych chorych dziecinne zachowanie się (jeden z chorych ssał ustawicznie palec jak małe dziecko), pociąg do gier i zabaw dziecięcych. W zakresie psychoruchowym znajdował on niepokój i ogólną ruchliwość. Sami chorzy tłumaczyli to słowami, iż czują się lepiej, gdy się poruszają, gdy się spieszą. Ta ruchliwość nie stała w sprzeczności z dużymi brakami w zakresie inicjatywy.

W kilku jednak przypadkach były zmiany wręcz przeciwne: brak ruchliwości, niezdecydowanie.

Tu zaznaczyć należy, że leukotomia raczej z reguły prowadzi do obniżenia ruchliwości — zwłaszcza bezpośrednio po zabiegu, bywają jednak również wyjątki od tej reguły.

Frankl L. i Mayer Gross W. podają, iż zaburzenia spostrzegane po usunięciu płatów czołowych są o wiele wydatniejsze niż po leukotomii, dodając, że różnice są tylko ilościowe. Zaburzenia spostrzegane po leukotomii zresztą z czasem wygładzają się stopniowo. Tłumaczy się to tym, iż leukotomia niszczy tylko część połączeń pomiędzy płatami czołowymi a innymi partiami mózgu, mianowicie około 3/5 tych połączeń.

WSKAZANIA DO ZABIEGU

Zdaniem wszystkich autorów, leukotomię można stosować tylko u chorych, u których wszelkie inne sposoby leczenia zawiodły, bowiem dopiero u tych „nieuleczalnych" chorych dozwolone jest ryzyko zabiegu. Jeśli zaś uwzględnimy, że spośród tych chorych, skazanych częstokroć na dożywotni pobyt w zakładzie, do 35% powraca do swych zajęć lub do rodziny — wartość leukotomii staje się zrozumiała.

Jak już wspomniałem, leukotomia usuwa uczuciowe podłoże psychoz i nerwic, przeto warunkiem pomyślnego jej działania jest brak otępienia uczuciowego. Co do tego zgodni są wszyscy autorzy.

Jako zabieg paliatywny leukotomia daje wyniki dodatnie w wielu różnych jednostkach i rodzajach schorzeń psychicznych, o ile ten warunek jest zachowany. Spośród tych jednostek wymienić należy: schizofrenię, stany melancholiczne, stany urojeniowe, natręctwa, stany podnieceń epileptycznych oraz cierpienia połączone z bólami wywołanymi przez przerzuty nowotworowe i bóle fantomowe.

Mc. Kenzie G. i Proctor D. za podstawowe wskazania do zabiegu uważają nie poddające się innemu leczeniu stany lękowe, wszyscy zaś autorzy nieomal zgodnie twierdzą, że zabieg ten pomaga zwłaszcza w stanach większych napięć uczuciowych i podnieceń psychoruchowych. Stąd mała skuteczność leukotomii w stanach osłupień z otępieniem.

Najnowsze zestawienie Frankla L. i Mayer Grossa W. wskazują na niepomyślne wyniki leukotomii w hebefrenii z otępieniem — na-

tomiast — na dobre wyniki w przewlekłych cierpieniach cyklicznych, schizofrenii paranoidalnej, parafreniach, katatoniach oraz w stanach ciężkich natręctw.

Zdaniem Freemana W. i Wattsa J. w schizofrenii leukotomia może rokować poprawę o ile jest zachowany jeszcze pewien stopień napięcia uczuciowego, czas trwania zaś cierpienia jest o wiele mniejszej wagi, niż to uprzednio przypuszczaliśmy. Autorzy ci stwierdzili ten sam odsetek poprawy u osób, które chorowały od lat 2, co u chorych od lat 5. Czas trwania psychozy rozszczepiennej nie jest jednak zupełnie bez znaczenia, gdyż powoduje on często pojawienie się otępienia uczuciowego. Rokowanie jest gorsze u dzieci, niż u dorosłych, a również gorsze u osób, które zachorowały w młodszym wieku. Wspomniani autorzy, wbrew zdaniu Grossa W. i Frankla L. — nie stwierdzili, aby wyniki leukotomii w hebefrenii były gorsze niż w katatonii i schizofrenii paranoidalnej.

Wilson L. i Warland H. stwierdzają u 200 osób, u których cierpienie psychiczne trwało mniej niż 2 lata — o wiele większy odsetek wyleczeń (59%), niż u ogółu badanych przez siebie 1.000 chorych, u których odsetek ten wynosił 35%. Zestawienie to dotyczy najrozmaitszych cierpień psychicznych i przemawia za tym, że czas trwania choroby ma znaczenie przy wskazaniach do zabiegu.

TECHNIKA ZABIEGU

Zabieg sposobem Moniza, którym wykonywany jest na klinice Neurochirurgii U W. polega na przecięciu istoty białej obu płatów czołowych każdego oddzielnie poprzez 2 symetrycznie z każdej strony zrobione otwory trepanacyjne. Otwory te są umiejscowione na prostopadłej pociągniętej od łuku jarzmowego z miejsca odległego o 3 cm. od zewnętrznego brzegu oczodołu w górę, na odległość 6 cm. w kierunku szczytu czaszki. Po nacięciu opony twardej, wchodzimy tępym narzędziem na 4—5 cm. w głąb płatu czołowego i za pomocą ostrożnego poruszania nim w kierunku sklepienia i podstawy czaszki (dla uniknięcia uszkodzenia naczyń krwionośnych nie należy przekraczać krawędzi skrzydeł małych kości klinowych), przecinamy istotę białą w 4 kwadrantach. Niektórzy (np. Lyerly J. G.) posługują się sposobem dozwalającym na kontrolę wzrokiem, w tym celu robiąc większy otwór

trepanacyjny, a gwoli zapobieżenia uszkodzeniu naczyń krwionośnych posługują się kaniulą ssaka, zamiast tępym nożem.

Hofstätter L. twierdzi, że przecięcie dolnych kwadrantów daje takie same wyniki, jak — wszystkich czterech. Natomiast Freeman W. i Watts J. uzależniają trwałą poprawę od przecięcia czterech kwadrantów i proponują w razie ujemnego skutku, pierwszego zabiegu ponowienie takowego w miejscu odległym o 5—10 mm. do tyłu od szwu wieńcowego.

POWIKŁANIA I POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Z powikłań bezpośrednich zabiegu, wymienić należy bezdech, porażenia połowiczne (trwałe porażenia należą do bardzo rzadkich powikłań), pobudzenia wymiotne. Jeśli przychodzi do zejścia śmiertelnego, zgon spowodowany jest zwykle krwotokiem śródkczaszkowym.

Z powikłań innych, raczej późnych, spotykamy: rozszerzenie źrenic, występowanie objawów moczówki prostej, jeśli cięcie wypadło zbyt głęboko i uszkodziło okolicę lejka (infundibulum), drgawki padaczkowe (występują one wg. Wilsona J. i Warlanda H. w ilości 33 na 1000 operowanych, według innych autorów — w odsetku większym i w większości wypadków, lecz nie zawsze, są podatne leczeniu zachowawczemu), zanieczyszczanie się zwłaszcza moczem, które może niekiedy trwać bardzo długo, zaburzenia odżywcze wyrażające się w skłonności do odleżyn, zapalenia płuc opadowe itd.

W okresie pooperacyjnym zwracać przede wszystkim należy uwagę na zapobieżenie bezpośrednim powikłaniom.

Skłonność do odleżyn, wyrażana niekiedy tak silnie jak przy uszkodzeniach rdzenia kręgowego, występująca jednak bynajmniej nie u wszystkich operowanych, powinna być powodem pieczy szczególnej. Powikłanie to spostrzegaliśmy u 2 naszych chorych, u których odleżyny powstały szybko już po krótkotrwałym ucisku na narażoną nań część ciała i w jednym wypadku spowodowały śmierć w następstwie ogólnego zakażenia.

Powikłanie to wskazywałoby na uszkodzenie ośrodków odżywczych. Również powinniśmy mieć stale na uwadze możliwość powikłań ze strony płuc w postaci zapaleń zachłystowych lub opadowych.

Zanieczyszczanie się moczem, z reguły niemal występujące u chorych operowanych, wymaga szczególnie starannej pielęgnacji. Powikła-

nie to jest zapewne następstwem odpadnięcia kontroli płatów czołowych nad ośrodkami opróżniania pęcherza, położonymi prawdopodobnie we wzgórku wzrokowym i ciele prążkowanym.

Dbać również musimy o odżywianie się chorych, którzy na początku często nie łykają pokarmów, przetrzymując je długo w ustach.

W dalszym okresie pooperacyjnym zająć się należy reedukacją naszych chorych, u których występują zaburzenia pamięci, uwagi, upośledzenie wszelkich czynności intelektualnych. Freeman W. porównuje operowanych do dzieci — niesłusznie, gdyż wiele ze spostrzeganych braków nie jest właściwe dla wieku dziecięcego.

Zdaniem Frankla W. i Mayer Grossa W. reedukacja powinna trwać przynajmniej przez okres 3 miesięcy.

Często okazuje się bardziej wskazane wypisanie ozdrowieńców do domu, niż odsyłanie ich do szpitala psychiatrycznego.

Chory, który może iść do domu po operacji, ma o wiele większe dane, iż zadawalająco przystosuje się do życia społecznego, niż ten, który po zabiegu powraca do dobrego nawet szpitala psychiatrycznego. (Freeman W. i Watts J.). „Dlatego, jeśli pragnie się uzyskać możliwie najlepszy wynik, należy również ostrożnie dobierać rodzinę chorych, jak ich samych — tak ważnym czynnikiem jest zdrowienie w kole rodzinnym". „W domu chory taki poddany jest rozmaitego rodzaju naukom zachowywania się prawidłowo. W zakładzie postępują z nim jak z chorym. Poprawianie się chorego przeciągać się może przez 3 do 4 lat, tak że większość schizofreników poddanych leukotomii powinna być pod opieką względnie kierownictwem psychiatrów".

WYNIKI LEUKOTOMII

Zmiany w psychice i zachowaniu się chorych pojawiają się zazwyczaj niebawem po operacji. Ustępuje lub zmniejsza się antyzm, negatywizm, napastliwość, zmanierowanie, ustępują lub słabną urojenia i halucynacje oraz rozkojarzenie, często natomiast zaraz po operacji pojawiają się zaburzenia pamięci, orientacji i uwagi, aby potem stopniowo ustąpić. Zachowanie operowanych po zabiegu opisują Rylander G. i Sjögvist O. w ten sposób: „Bezpośrednio po operacji chorych cechuje niepokój i ekstrowersja. Po godzinie lub dwóch, następuje bezwład, chory leży w stanie pozornego osłupienia, nieruchomy, z zamkniętymi oczami i twarzą maskowatą, lecz daje krótkie odpowiedzi.

Stan ten trwa kilka dni, do tygodnia. Następnie bezwład ustępuje i rozwijają się objawy ze strony płatów czołowych. Wielki bezwład i brak inicjatywy wydają się być skutkiem pooperacyjnego obrzęku mózgu. Mózg chorego, który zmarł w 6 dni po operacji na zapalenie płuc — wykazywał wyraźny obrzęk płatów czołowych".

W naszych przypadkach obraz powyższy był zmieniony ze względu na stosowanie znieczulenia ogólnego, z którego chory budził się niekiedy w dłuższy czas po dokończeniu zabiegu.

U naszych chorych po zabiegu stwierdzaliśmy często przejściowe zaburzenia świadomości.

Berliner B. twierdzi, że stan zamroczenia po operacji występuje często, lecz nie ma znaczenia prognostycznego, Freeman W., Watts J. natomiast uważają, że brak zaburzeń orientacji, wskazuje na możliwość nawrotu cierpienia. Na zasadzie naszych obserwacji, jak i na zasadzie poglądów i rozważań innych autorów, dochodzę do wniosku, że u chorych, u których dokonano leukotomii, trzeba wyróżnić 4 grupy objawów:

1) Objawy będące skutkiem wstrząsu pooperacyjnego: zaburzenia świadomości i orientacji.

2) Objawy wynikające z uszkodzenia (być może przez działanie na odległość), ośrodków podkorowych. Do nich należą: zaburzenia odżywcze np. skłonność do odleżyn, pojawianie się niekiedy moczówki prostej, skłonność do nadmiernego apetytu i otyłości.

3) Objawy, które wynikają ze zmniejszenia się roli kierowniczej płatów czołowych nad ośrodkami podkorowymi i innymi ośrodkami korowymi np. skroniowo-ciemieniowymi. Do objawów tych należą: erotyzm, puerilizm, niepokój ruchowy, euforia, żartobliwość, chwiejność uczuciowa, zaburzenia planowania, inicjatywy, uwagi, pamięci. Do tej grupy należą również objawy neurologiczne, wynikające z przerwania połączeń między ośrodkami sterowniczymi płatów czołowych, a ośrodkami położonymi niżej. Do zaburzeń tych należą: zanieczyszczanie się moczem zależne od odhamowania ośrodka opróżniania pęcherza, który położony jest zapewne w ciele prążkowanym lub wzgórku wzrokowym i przetrzymywanie pokarmów w ustach zależne od osłabienia funkcji ośrodka żarcia, który wg. Bechterewa leży w istocie czarnej (substantia nigra) i zależny jest od ośrodka nadrzędnego położonego w polu Brodmana 6 płatów czołowych.

4) Objawy wynikające ze zmniejszenia napędu, jaki otrzymują płaty czołowe z jąder podstawy mózgu. Do tej grupy objawów dołączyć należy ustępowanie lub osłabienie zjawisk chorobliwych, takich jak negatywizm, autyzm, podniecenie, agresywność, halucynacje, uro jenia i rozkojarzenie.

Podawszy ten szkic mający na celu zorientowanie się w rozlicznych objawach wywoływanych przez leukotomię, muszę zaznaczyć, że niektóre z nich przemijają szybko lub powoli.

Zwłaszcza odnosi się to do 1. grupy objawów, które zwykły ustępować w krótkim czasie.

Również i 2 grupa objawów cechuje się zdolnością do przemijania, aczkolwiek rozciąga się to zwykle na dłuższy okres czasu.

Objawy należące do 3. grupy również w większej części przemijają. Z objawów należących do grupy 4. wszystkie lub niektóre mogą ustępować zupełnie, aczkolwiek poprawa rozciągać się może na okres 2—3 letni zanim się zakończy. Fakt, że po leukotomii ustępują niekiedy bez reszty takie objawy chorobliwe, jak autyzm, negatywizm, urojenia, halucynacje i rozkojarzenie, objawy tak często spotykane w psychozie rozszczepiennej, wymaga specjalnego zajęcia się zarówno ich mechanizmem jak i zrewidowania poglądów na schizofrenię.

Halucynacje należy, zdaniem moim, uważać, niekiedy przynajmniej, za wynik podrażnienia sfery mnestyczno - wyobrażeniowej przez wzmożony napływ bodźców uczuciowych z ośrodków podkorowych Działanie leukotomii, która prowadzi do zniknięcia tych objawów, byłoby w tym ujęciu zrozumiałe. Urojenia można uważać za objawy świadczące o dysproporcji między doznaniami płynącymi z jąder pod stawy mózgu a zdolnością przetwórczo - krytyczną płatów czołowych I tu działanie leukotomii staje się zrozumiałe.

Co do rozkojarzenia, to wypada zająć się nim nieco obszerniej. U tych naszych chorych, którzy ulegli poprawie w dużym stopniu — rozkojarzenie ustąpiło całkowicie. Było to zjawiskiem niezwykle ciekawym, zwłaszcza, że wielu autorów uważało dotychczas rozkojarzenie za objaw świadczący o otępieniu intelektualnym, objaw utrwalony i zły pod względem rokowania. Wszyscy znamy bez wątpienia chorych dotkniętych formami psychozy rozszczepiennej, w której objaw ten wysuwa się na plan pierwszy, chorych mówiących dużo, niezrozumiale, bez związku, niezmordowanie. Takich postaci nie mieliśmy wśród naszych operowanych. Jest możliwe, że w tych przypadkach

rozkojarzenie jest objawem ustalonym, dementywnym, i że u nich leukotomia zawiodłaby nadzieje.

U naszych chorych obserwowaliśmy wyraźne rozkojarzenie, aczkolwiek nie podpadało ono pod typ powyżej opisanych, gdyż w obrazie chorobowym przodowały inne objawy: podniecenie, urojenia, halucynacje, autyzm, negatywizm.

Otóż u tych chorych rozkojarzenie ustępowało i to zaraz po operacji. Należy przeto przypuszczać, że nie było ono objawem ustalonym i dementywnym, lecz było czymś w rodzaju „alogii" Kleista, powstało zaś raczej przez uszkodzenie czynnościowe ośrodków płatów czołowych zawiadujących praksją wysłowienia i myślenia. Można przypuszczać, że czynnikiem, który powodował to zaburzenie praksji mówienia i zapewne myślenia był zalew bodźców z ośrodków podkorowych. Leukotomia usunęła ten zalew.

Obserwując tych z naszych schizofreników, którzy poprawili się, doznawałem wrażenia i wrażenie to było niekiedy bardzo żywe, że nastawienie psychiczne tych chorych przesunęło się jakby w kierunku „syntonizacji", co wyrażało się w dobrym, bezpośrednim kontakcie z otoczeniem, syntonicznej reakcji na inicjatywę otoczenia, braku negatywizmu, co zwłaszcza uwydatniało się w serdecznym stosunku do rodziny.

Aczkolwiek nie posiadam przeważnie dokładnego wywiadu, dotyczącego właściwości tych chorych z okresu przed chorobą psychiczną, to jednak te skąpe wiadomości, którymi rozporządzam, pozwalają przypuszczać, że chorzy nasi stali się bardziej „syntoniczni", niż to było przed ich chorobą.

Pojęcie „syntonizacji", które narzucało się przy obserwacji naszych chorych, nie pozostaje w sprzeczności z danymi innych autorów, którzy zresztą tym pojęciem się nie posługują.

Oto, co piszą Mayer-Gross W. i Frankl L.: „Chorzy po leukotomii są fizycznie zdrowi, jedzą dużo, dobrze śpią i cechują się euforią. Ich przeważającą cechą jest dobroduszność, nie martwią się, są szczęśliwi i zadowoleni i pokazują to na zewnątrz. W stosunku do obowiązków są może niekiedy zbyt lekkoduszni, są czynni, są dobrego mniemania o sobie, lubią ruch i zmianę. Ich zamiłowania i zainteresowania są rozmaite z przewagą skłonności do prostych rozrywek. Nigdy nie żałują tego, co zrobili lub powiedzieli. Szybko uspakajają się, gdy ich czymś rozgniewać".

A oto, co pisze Freeman W.: „Lobotomia zmienia osobowość osobnika w kierunku skłonności do ekstrowersji i zmniejszenia zajmowania się sobą samym — usuwa natręctwa w myśleniu, powoduje zadowolenie z siebie i z otoczenia..."

Oczywiście na to, aby zmiany osobowości osób operowanych właściwie ocenić, trzeba by badań porównawczych odnoszących się do ich okresu przedchorobowego — wydaje się mi jednak, że to, iż zmiany te się pojawiają, nie ulega kwestii. Byłby to niezmiernie ciekawy fakt wpływu zabiegu operacyjnego na mózgu na te właściwości psychiczne, które uważaliśmy za konstytucjonalne. Powstaje teraz pytanie, czy zmiany w osobowości operowanych, wywołane przez leukotomię, są trwałe, czy też z czasem ustępują.

Ze względu na krótkotrwałość obserwacji i ze względu na brak dotychczasowych badań w tym kierunku w literaturze obcej — sprawę trzeba uważać za otwartą.

W związku z rozważaniami o przemianach osobowości, spostrzeganych po leukotomii, zwraca uwagę jeszcze jeden z objawów. Chorzy nasi, u których stwierdzono poprawę, podobnie jak chorzy opisywani przez innych autorów, zmieniają się również pod względem fizycznym.

Prawdopodobnie w związku z dużym apetytem a zapewne i w związku z odhamowaniem pewnych ośrodków zawiadujących przemianą materii, a mieszczących się w zwojach podstawy mózgu — tyją oni, sylwetka ich ciała ulega zaokrągleniu. Czy i w jakiej mierze objaw ten kojarzy się z przemianami osobowości ich w sferze psychicznej, czy, jednym słowem, jest on odpowiednikiem fizycznym przemian w konstytucji osobniczej — jest to również zagadnienie niezwykle ciekawe.

Mówiąc o przemianach osobowości w zakresie cech zaliczanych do konstytucjonalnych, winienem dać pewne wyjaśnienia. Konstytucja czy to fizyczna, czy to psychiczna jest zespołem cech odziedziczonych, a przekazanych osobnikowi za pośrednictwem genów. Geny więc decydują o proporcjach w budowie fizycznej i o właściwościach psychicznych jednostki. Otóż byłoby rzeczą niesłuszną przypuszczać, że taki czy inny zabieg może zmienić konstytucję jednostki. Czynniki zewnętrzne co najwyżej mogą zmieniać lub wypaczać spełnienie się konstytucjonalnego przeznaczenia w strukturze jednostki. Przypuszczać bowiem należy, że dla realizacji planu budowy w za-

kresie cech odziedziczonych istnieje w organiźmie specjalny aparat regulujący proporcje i kształty w miarę wzrostu organizmu, zarówno w zakresie fizycznym jak i psychicznym. Ten aparat sterujący, położony zapewne w centralnym układzie nerwowym i utkany, być może, z tkanki współczulnej, mógłby ulegać zakłóceniom lub przemianom przez zabieg taki, jak np. leukotomia. Również jest możliwe, że aparat ten pod wpływem leukotomii zmieniałby się jednocześnie w swych atrybutach fizycznych i psychicznych. Czy tak jest i czy, obserwując przemiany psychofizyczne osób operowanych, nie ulegam sugestii zbyt krótkotrwałych spostrzeżeń, mogą wyjaśnić tylko dalsze badania.

Najwybitniej może zaznacza się przemiana właściwości chorych w ich stosunku do rodziny. Chora A. K., agresywna przedtem i nienawistnie nastrojona do matki, stała się po operacji najczulszą córką, ustawicznie pieszczącą się z matką, niekiedy aż do przesady, całującą ją po rękach, bojącą się o nią, gdy wychodzi wieczorem na miasto. Nie była ona taka nigdy przed chorobą. Zadać sobie należy pytanie, czy miłość taka jest objawem zupełnie prawidłowym — i dochodzi się do wniosku, że jest w tym coś żywiołowego, coś, co jakby uwolniło się od nadmiernych hamulców korowych.

Czy w zakresie sublimowanych procesów uczuciowych mamy to samo? Trudno na to odpowiedzieć, ale wydaje się mi, że sublimacja w tak krótki czas po zabiegu była jeszcze nie do pomyślenia. ,

Jeśli chodzi o sprawy związane z erotyzmem, to niezmiernie pouczające są dane, cytowane przez Mayer - Grossa W. i Frankla L., dotyczące chorych, którzy przebyli leukotomię: „z 2 kobiet zamężnych — jedna zaszła w ciążę i oczekiwała dziecka. Żony dwóch z 4 mężczyzn, którym dokonano leukotomii — zaszły w ciążę".

Autorzy ci podkreślają, że morale ich pacjentów naogół nie ucierpiało po operacji. Znalazło to potwierdzenie, że wogóle nie było wśród nich żadnego, który by uwikłał się w jakiś konflikt prawny.

Świadczy to o tym, iż ośrodki płatów czołowych, od których zależą właściwości moralne, mające znaczenie w tym wypadku — nie uległy zaburzeniu. Gdyby kto z psychiatrów zobaczył obecnie naszą chorą A. K., zapytałby się ze zdziwieniem: gdzież tu podziała się schizofrenia, trwająca od tylu już lat i opierająca się wszelkim sposobom leczenia, gdzie podział się proces chorobowy, który tak wielu posądza o etiologię organiczną. I to po paruminutowym zabiegu.

Przeciwko poglądowi, że schizofrenia jest cierpieniem organicznym, przemawiają przede wszystkim negatywne wyniki badań anatomo-patologicznych. Wyniki pozytywne (Fünfgeld, Miskolczy) były, jak to wykazały badania Petersa i innych, oparte na błędzie. Otóż wyniki leukotomii prowadzą nas w sedno zagadnienia, co to jest schizofrenia; czy jest to cierpienie organiczne, czy czynnościowe.

Nie czas jeszcze na wydanie ostatecznego w tej sprawie sądu, lecz wydaje się, że pewne przynajmniej postacie schizofrenii są cierpieniem czynnościowo-endogennym w przeciwstawieniu do cierpień organicznych i czynnościowo-egzogennych (reaktywnych).

Jako cierpienie czynnościowo-endogenne, niektóre przypadki schizofrenii mogą polegać, moim zdaniem, na zaburzeniu czynności ośrodków układu nerwowego, produkujących napęd dla czynności psychicznych.

Otóż wszystko przemawia za tym, że ośrodki zawiadujące tym napędem są zbudowane z tkanki nerwowej o charakterze współczulnym. Przeto i zaburzenia spotykane w schizofrenii winny znaleźć wytłumaczenie w zaburzeniach ośrodków układu współczulnego.

W schizofrenii układ współczulny wykazuje bezwątpienia zmiany czynnościowe. Świadczą o tym badania Santenois Garrelona, Schmidta i Falkowskiego A., w świetle których układ roślinny schizofreników oddziaływuje w sposób wyraźnie osłabiony na bodźce farmakologiczne. Słusznie jednak zaznacza Falkowski, że nie można z tego wnioskować, że układ ten u schizofreników jest osłabiony, można najwyżej mówić o zaburzeniu układu współczulnego. Falkowski w swej pracy p. t. „Schizofrenia" idzie tak daleko, że w zaburzeniu układu roślinnego widzi istotę schizofrenii.

Mazurkiewicz J. w rozważaniach z dziedziny fizjologicznej teorii uczuć jest bliski poglądowi, iż szereg przejawów schizofrenicznych wiąże się z układem roślinnym: „Schizofrenia jest jedyną sprawą chorobową bezpośrednio i wybiorczo upośledzającą życie afektywno-mnestyczne". Mózg otrzymuje dwa rodzaje podniet: wrażenia zmysłowe z zewnątrz i podrażnienia afektywne za pośrednictwem układu roślinnego z trzew, poprzez węzły podkorowe.

„Mnestyczno-kojarzeniowy układ nie daje konkretnej siły, która by mogła stanowić przeciwwagę kierowniczej siły, przejawiającej się w układzie roślinnym" (cyt. za Falkowskim).

Leukotomia zdaje się być doświadczeniem, które może rozstrzy-

gnąć wiele zagadnień i wątpliwości dotyczących schizofrenii — i wydaje się mi, że dalsze badania wniosą pod tym względem wiele światła.

Nawiązując zaś do tego, co mówiłem powyżej o zmianach w strukturze psychofizycznej osobnika, spowodowanych przez leukotomię — zadać możemy pytanie, czy to, co składa się na profil psychofizyczny — nie dałoby się również odnieść do czyników współczulnych. Tu łączyłyby się zagadnienia konstytucji i psychozy.

W ujęciu liczbowym leukotomia daje wyniki rozmaite w zależności od autorów.

Freeman W. i Watts J. na 400 zabiegów mieli 12 zgonów pooperacyjnych. Z reszty chorych 26% wróciło do swych zajęć, 8% — częściowo, 24% prowadziło dom, 23% przebywało w domu, 19% zaś przebywało w szpitalu.

Ci sami autorzy podają również, że ze 190 schizofreników spostrzeganych rok lub więcej po operacji — 17% pracuje tak jak przed chorobą, u 15% była częściowa poprawa, zaś 7% prowadzi dom t. j. 39% jest użytecznie zajętych. Około 33% żyje w domu, ale jako „trutnie" z powodu braku inicjatywy, a tylko 28% przebywać musi w szpitalach zamkniętych.

Berliner B. stwierdził wyleczenie u 29% chorych, przy czym dodatkowo 4% prowadziło życie domowe; u 51% stwierdzał mniejszy stopień poprawy, u 12% — brak poprawy. Materiał jego składał się przeważnie z chorych, którzy przebywali w zakładzie psychiatrycznym dłużej niż przez 8 lat. Najlepsze wyniki otrzymywał on w stanach natręctw, zachęcające u przewlekłych melancholików i w paranoidalnych postaciach schizofrenii.

Z pośród 100 chorych, którzy do czasu zabiegu przebywali w zakładzie przeciętnie od 10 lat, Hofstätter L. stwierdzał po roku od wykonania zabiegu dużą poprawę u ⅓ operowanych, mniejszą u dalszej ⅓. Najlepsze wyniki otrzymywał w stanach natręctw i w stanach paranoidalnych, jak również w przewlekłych stanach melancholicznych.

Leukotomia natomiast pozostaje bez wpływu na ataki epileptyczne, aczkolwiek napastliwość (agresywność) epileptyków może ulec złagodzeniu.

Ziegler L. M. u 618 operowanych w Kanadzie i U. S. A. miał następujące wyniki: 12 zmarło w bezpośrednim związku z operacją,

a 18 później. U 194 chorych poprawa była bardzo znaczna, u 109 — mniejsza, u 62 nie było poprawy — u 8 było pogorszenie.

Warland E. H. i Wilson J. zbadali wyniki u 1000 operowanych w Anglii. Stwierdzili oni 60 zgonów, 248 przypadków wyzdrowienia, 431 — poprawy, 254 — bez poprawy i 10 — pogorszenie. W 45 przypadkach wystąpił nawrót cierpienia.

U 599 schizofreników (228 mężczyzn i 371 kobiet) stwierdzili oni wyzdrowienie lub wielkę poprawę u 27,2% mężczyzn i u 20,5% kobiet, mniejszą zaś poprawę u 34,2% mężczyzn i 35,3% kobiet U 26 chorych wystąpił nawrót cierpienia.

U 250 chorych na psychozę cykliczną (69 mężczyzn i 181 kobiet) wyzdrowienie lub wielka poprawa zaznaczyły się u 60,9% mężczyzn i 45,9% kobiet, zaś mniejsza poprawa u 14,5% mężczyzn i 28,2% kobiet. U 10 wystąpił nawrót cierpienia.

U 29 chorych wykazujących natręctwa stwierdzili oni wyzdrowienie u 17, poprawę u 9.

Freeman W. i Watts J. W. stwierdzili u dzieci, które zachorowały na schizofrenię, poprawę u 6.

Schraeder P. J. i Hoctor E. F. wśród operowanych stwierdzili dobry wynik w 50%, niezły w 20% — mały u 25% chorych.

Frankl L. i Mayer - Gross W. zestawili wyniki operowanych w latach od 1944—1946. Z pośród 170 chorych 68 opuściło szpital na stałe (28 mężczyzn i 40 kobiet). Przewaga kobiet, jak wynika z innych zestawień, jest tu przypadkowa. 3/4 tych chorych było dotkniętych schizofrenią przewlekłą (katatonia i postacie paranoidalne), 9 — nerwicą z natręctwami, 7 — stanem melancholicznym, a 1 — psychozą maniakalną. Z tych chorych 9-u chorowało mniej niż 3 lata, u 18 choroba trwała dłużej niż 10 lat. Więcej niż połowa chorych wypisanych ze szpitala powróciła do uprzednich zajęć, reszta obniżyła się w skali zajmowanego stanowiska. Ponad 50% tych chorych mogło zapracować na swe utrzymanie. 6 — powróciło do zajęć intelektualnych. Wszyscy ci chorzy leczeni byli uprzednio bezskutecznie.

Nasze doświadczenia obejmują 9 chorych: 8 na schizofrenię, 1 dotkniętego padaczką.

Z tych, jak dotychczas, 5 osób okazało się zdolne do opuszczenia szpitala i udania się do domu rodzinnego, aczkolwiek ze względu na krótki okres czasu, jaki upłynął do zabiegu (około 3 mies.), poprawy nie można uznać za ostateczną.

Podstawowy objaw psychotyczny wyłączający możność współżycia z otoczeniem: napastliwość — ustąpił po operacji u wszystkich 6 chorych, u których wyrażony był przed operacją. Autyzm znikł w 4 przypadkach, w 1 zaś zmniejszył się znacznie. Halucynacje spostrzegano przed zabiegiem u 5 chorych, po operacji tylko u 3 i to w znacznie mniejszym stopniu. Urojenia przed zabiegiem spostrzegaliśmy u 5 chorych, wszyscy oni stracili je po operacji. Rozkojarzenie występowało u 4 chorych — po operacji znikło u wszystkich. Stosunek do rodziny uległ poprawie u 4 chorych, z tego u 3 w sposób niezwykle wyraźny. Zaburzenia pamięci, które pojawiły się u 5 chorych i zaburzenia w inicjatywie, które stwierdziliśmy u 4 chorych — stopniowo ulegają poprawie. Zaburzenia w planowaniu stwierdziliśmy u 3 chorych. Wszyscy nasi chorzy obecnie jadają sami, choć przed operacją, niekiedy lub stale, odmawiali przyjmowania pokarmów. U 4 chorych po zabiegu zauważyliśmy przetrzymywanie pokarmów w ustach przed ich połknięciem. Zanieczyszczanie się moczem stwierdziliśmy po zabiegu u 6 chorych; u 2 powstały odleżyny. Podniecenie erotyczne stwierdziliśmy u 1 chorego. Porażenie połowicze stwierdziliśmy po zabiegu u 2 chorych, u jednego w stopniu bardzo nieznacznym, u drugiego — w następstwie zabiegu dodatkowego mianowicie — nakłucia komór bocznych.

Śmierć w jednym przypadku była następstwem krwotoku do komór mózgowych — w drugim zaś — zakażenia ogólnego, pochodzącego z odleżyn.

Poprawy: duża — 3 przyp., średnia — 2 przyp., bez poprawy — 1 przyp., pogorszenie — 1 przyp. Śmierć na skutek operacji — 1 przyp., śmierć odległa — 1 przyp.

Wyniki leukotomii w naszych przypadkach ilustruje zamieszczona poniżej tablica. Znak + oznacza w niej istnienie objawu, znak — jego ustąpienie, znak > zwiększenie, znak < zmniejszenie objawu.

		Wiek	Konstytucje	Czas choroby w latach	Obarczenie dziedziczne	Zamroczenie po operacji	Stosunek do rodziny przed op., po op.		Autyzm przed, po operacji		Negatywizm przed, po operacji		Agresywność przed, po operacji		Podniecenie przed, po operacji		Otępienie przed, po operacji		Halucynacje przed, po operacji		Urojenia przed, po operacji		Rozkojarzenie przed, po operacji		Osłab. uwagi po operacji	Zaburzenia planowania po op.	Brak inicjatywy po operacji
		1	2	3	4	5	6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	16	17
1.	R. M. Schizophrenia paranoidalis	30	m	2/3	—	+	—	+	+	—	+	—	+	—	+	—	—	—	+	—	+	—	+	—	+	+	+
2.	K. A. Schizophrenia paranoidalis	35	l.	4	—	+	—	+	+	—	+	—	+	—	+	—	—	—	+	—	+	—	+	—	+	+	+
3.	K. W. Epilepsja, stan natręctw.	22	m	2	—	—	?	?	—	—	—	—	+	—	+	—	—	—	+	—	+	—	—	—	—	—	—
4.	J. J. Schizophrenia kat.	38	l.	9	—	+	—	+	+	+	+	<	—	—	—	—	+	+	?	?	?	?	?	?	?	?	+
5.	K. J. Schizophrenia kat.	26	l.	2/3	?	?	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	+	+	?	?	?	?	?	?	?	?	?
6.	P. S. Schizophrenia	41	m	2	+	+									+	—											
7.	C. G. Schizophrenia kat.	26	l.	5	?	+	—	—	+	<	+	<	+	—	+	—	+	<	?	?	?	?	+	—	+	?	?
8.	S. C. Schizophrenia paranoid.	30	l.	4	?	+	—	?	+	—	+	—	+	—	+	—	—	—	+	—	+	—	+	—	+	?	?
9.	S. J. Schizophreuia paranoid.	25	m	5	—	+	—	+	+	—	+	—	+	—	+	—	—	—	+	—	+	—	—	—	+	+	+

		Defekty inteligencji po op.	Podniecenie seksualne przed po operacji		Puerylizm po operacji	Zaburzenia w jedzeniu po op.	Czy sam jada	Zanieczyszczanie moczem przed, po operacji		Odleżyny	Komplikacje neurologiczne	Zdolność do wypisania do domu po operacji	Duża poprawa	Średnia poprawa	Mała poprawa	Bez poprawy	Pogorszenie	Śmierć na skutek operacji	Śmierć odległa
		18	19		20	21	22	23		24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1.	R. M. Schizophrenia paranoidalis	+	–	–	–	+	+	–	+	–	–	+	+						
2.	K. A. Schizophrenia paranoidalis	+	–	–	+	–	+	–	+	–	–	+	+						
3.	K. W. Epilepsja, stan natręctw.	–	–	+	–	–	+	–	+	–	–	+		+					
4.	J. J. Schizophrenia kat.	?	–	–	–	+	–	+	+	+	–	–							+
5.	K. J. Schizophrenia kat.	?	–	–	–	?	–	+	+	–	–	–					+		
6.	P. S. Schiophrenia.										+							+	
7.	C. G. Schizophrenia	?	–	–	–	+	+	+	+	–	–	–				+			
8.	S. C. Schizophrenia paranoid.	+	–	–	–	–	+	–	+	–	–	+		+					
9.	S. J. Schizophrenia paranoid.	+	–	–	+	+	+	?	+	+	+	+	+						

HISTORIE CHORÓB OBSERWOWANYCH PRZYPADKÓW
(w skróceniu)

Aby uwydatnić zmiany wywołane przez zabieg w osobowości naszych chorych, podajemy w skrócie historie ich choroby, gdyż tylko przy opisowym ujęciu zmiany te uwidoczniają się w całej pełni.

1. A. K., lat 35, historia choroby nr 275/10502/47, studentka praw, chora psychicznie od 4 lat, dziedzicznie nie obciążona.

Przybyła do kliniki 15.XI.47 r. ze szpitala w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia paranoidalis. Leczona w szpitalu psychiatrycznym wstrząsami elektrycznymi, malarią, cardiazolem i insuliną bez wyniku. *W anamnezie:* napastliwa, podniecona, biła matkę, tłukła sprzęty, miała halucynacje słuchowe, urojenia, rozkojarzenie, dziwactwa, zmanierowanie, negatywizm, autyzm.

Przy przyjęciu do kliniki stwierdza się: Chora budowy leptozomicznej bez zmian w organach wewnętrznych ciała. Brak zaburzeń w układzie nerwowym. W zachowaniu dziwaczna, kryguje się wyginając ręce, wybucha nagle przenikliwym i ostrym śmiechem. Jest rozmowna, w rozmowie rozkojarzona. Niekiedy występuje nagłe zatamowanie, wówczas chora milknie, siedzi nieruchomo, jakby w coś zasłuchana, z uniesionymi rękami, z dziwnym grymasem na twarzy. Mówi o przebranych ludziach, którzy za nią chodzą. *Gdzie jest?* — „Chyba w Warszawie, bo ponure wszystko mam". W odpowiedzi niechętna, często pytania zbywa słowami „nie wiem". *Rok?* — „12-ty" i wybucha ostrym, głośnym śmiechem.

Dn. 17.XI.47 r. wykonano w narkozie pentotalowej leukotomię obustronną sposobem Moniza. Po zabiegu spała cały dzień, później wymiotowała. — Dn. 18.X.47 r. Po przebudzeniu pyta o matkę. Badanie w kierunku halucynacji i urojeń nie wykazuje ich. Brak negatywizmu. Czas przed zabiegiem pamięta słabo. W miejscu orientuje się tylko z grubsza, wie, że jest na Pradze, w czasie nie orientuje się w ogóle. Odpowiedziom towarzyszy miły uśmiech. Ruchowo i psychicznie spokojna, bez zmanierowania; zanieczyszcza się moczem. — Dn. 19.XI.4 prosi matkę o zabranie do domu. W dalszym ciągu nie zorientowana w czasie, lepiej w miejscu. Spokojna, odpowiada na każde pytanie, w kontakcie brak negatywizmu. Halucynacji i urojeń nie ma. Zanieczyszcza się moczem.

W ciągu dalszego pobytu w klinice, tj. do dnia 1.XII.47 r., chora

poprawiała się stopniowo, coraz lepiej orientowała się w otoczeniu, miejscu i czasie. Kontakt z otoczeniem był dobry. Była grzeczna, cicha, spokojna, czytała książki. Lekarzy i pielęgniarki witała uśmiechem Nie miała halucynacji, urojeń i negatywizmu. Wykazywała luki pamięciowe, dotyczące czasu przed operacją i pobytu w Tworkach, myliła się w bardziej zawiłych rachunkach. Wykazywała zaburzenia uwagi oraz w różniczkowaniu i wykonywaniu bardziej złożonych czynności. Dopraszała się wizyt matki i dalszej rodziny, narzekała na brak zajęcia

Ten stan chorej, który już wykazywał wyraźną zmianę w porównaniu z okresem przed operacją, zmianę polegającą na ustąpieniu podniecenia, rozkojarzenia, zmanierowania, urojeń, autyzmu, negatywizmu, pozwolił nam wypisać ją do domu, gdzie była potem kilkakrotnie badana

Wynik ostatniego badania, w dniu 9.III.48 r., przedstawia się w następujący sposób:

Chora wychodzi do lekarza na prośbę matki. Wita go bardzo serdecznie, dziękuje za odwiedziny, pamięta go dobrze. Znacznie przytyła, nieomal nadmiernie. Jest bardzo uprzejma, mile i serdecznie uśmiechnięta. Ponieważ radio przeszkadza rozmowie z lekarzem, wyłącza je na jego prośbę. Na pytanie, co czytała przed przyjściem lekarza, podaje tytuł książki, jest to książka o wojnie; wymienia występujące w niej osoby. Nie jest nadmiernie rozmowna, ani też ożywiona, ale zupełnie dostępna. Odpowiedzi udziela z niezwykle miłym uśmiechem. Wypytywana o okres choroby, twierdzi, że pamięta go bardzo słabo, ale szpital Przemienienia pamięta dobrze. Badana w kierunku halucynacji—oświadcza, że nic jej się nie zwiduje, ani też nie słyszy głosów, nie miewa też wrażenia, aby ją ktoś prześladował; co może jeszcze pozostało, to bojaźń ciemności wieczorem, gdy nikogo nie ma w domu. Nie pamięta swych dawnych halucynacji. *Co robi?* — „Właściwie nic". Niedawno przepisywała skrypta kuzynce; uśmiechając się mówi, że kuzynka obiecała jej za to wynagrodzenie. „Ale pracować mi się nie chce." Podaje, że lubi kino, chodzi tam czasami. Chodzi sama po Pradze. Wymienia na prośbę lekarza sąsiednie ulice, niektóre bardziej odległe przypomina sobie gorzej. Gdy ktoś zadzwonił do drzwi, przeprasza lekarza. „Na maleńką chwileczkę" — bo chciała zobaczyć, kto przyszedł.

Z opowiadania matki wynika, że jest czasami może zanadto czuła,

obcałowuje matkę i pieści się z nią, aż męczy to czasami. Jest leniwa, nie troszczy się o przyszłość. Doskonale pamięta wiele rzeczy z przed choroby, poprawia otoczenie w datach zdarzeń. Jest wrażliwa na żarty innych, zaśmiewa się z nich aż za głośno. Mało dba o siebie i niestety zanieczyszcza się jeszcze moczem, ale już rzadziej. Lubi towarzystwo, nie interesuje się nadmiernie mężczyznami. Doskonale robi zakupy na mieście, z wydatków wylicza się dobrze. Jest niezwykle żarłoczna. Nie można nawet stwierdzić, czy potrafiłaby ugotować obiad, gdyż zjadłaby go podczas gotowania. Na początku pobytu w domu, gdy próbowała gotować, nieco myliła się przy tym. Czasem jest trochę zagniewana na matkę, że ją głodzi, ale nigdy nie dochodzi do większych kłótni

Przy badaniu uwagi testem Bourdona — dużo opuszczeń. W teście „100" też sporo omyłek. Na raz zapamiętuje 3 — 4 przedmiotów, 5 — o wiele gorzej.

Test Rauschburga. Na 9 skojarzonych par słów zapomniała tylko 2.

Test Rothmanna wykonuje dobrze.

Test Rorschacha (orzeczenie dr Jaroszyńskiego po zapoznaniu się z dostarczonymi mu wynikami): Inteligencja — przypuszczalnie w normie. Stereotypia — w normie. Pospolitość pojęć. Kontakt uczuciowy nie zaznaczony. Uczuciowość uboga. Uleganie bodźcom zewnętrznym — poniżej normy. Napęd mały. Prawdopodobnie lękowa postawa wobec ludzi i przyszłości.

Układa zdania z 3 słów np. pustynia, rzeki i jeziora: „Z pustyni spływają rzeki do jezior". *A czyż są rzeki na pustyni?* — „A jakże, Nil." Na żądanie, aby powiedziała 60 słów w ciągu 3 minut, mówi tylko 25, idzie jej to trudno. *Dlaczego sądzi się ludzi po czynach, nie po słowach?* — „Bo nie zawsze człowiek postępuje tak, jak myśli" *Co to jest litość?* — „To pomoc ofiarowana w potrzebie". *Zemsta?* „To taki stan umysłu, gdy za swą krzywdę chciałoby się zrobić krzywdę.' *Prezydent, a król?*—„Prezydent jest wybierany, król jest zwykle." *Co zrobić, gdy zegar spieszy się o 7 minut?* — „Trzeba cofnąć o 7 minut lub zatrzymać na 7 minut". Podobnie rozwiązuje bardziej zawiłe zadanie o 2 zegarach, z których jeden się spieszy, a drugi spóźnia. *Co wspólnego mają: wąż, krowa i wróbel?* — „Wszystkie są zwierzętami." *Ewolucja a rewolucja?* — „Ewolucja powoli, rewolucja — szybka zmiana". Przy tym myli się jednak w tabliczce mnożenia, mniej w dodawaniu i dzieleniu. *Jeśli 4 jajka kosztują 40 zł, to ile tuzin?* — „Jedno

jajko kosztuje 10 zł, a tuzin — 120 zł." Historii rysunkowej o złodzieju jabłek nie rozumie. *Co to znaczy: Głód to najlepszy kucharz?* — „Jak człowiek głodny, to wszystko mu smakuje." I inne przysłowia tłumaczy dobrze. Kolumnę 7 cyfr sumuje szybko i dobrze.

2. *S. J.*, lat 25. Nr. historii choroby 12/802/48. Chora psychicznie od 5 lat, dziedzicznie nie obciążona. Przybyła do Kliniki Neurochirurgii w dniu 10.1.48 r. ze szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia paranoidalis. Miała dwie serie elektrowstrząsów, leczenie malarią i insulinowe — bez wyniku. *W anamnezie:* poczucie odrębności, niemożność współżycia z ludźmi, lęki, urojenia prześladowcze, zobojętnienia uczuciowe, usiłowania ucieczki, zamachy samobójcze. Ostatnio napastliwa, nie jada, karmiona jest przez zgłębnik.

Po przyjęciu do kliniki stwierdza się, iż zmian w narządach wewnętrznych nie ma, również wynik badania neurologicznego wypada ujemnie. Typ raczej pikniczny, według Kretschmera. Badania psychiatryczne: W chwili badania spokojna, silnie zatamowana, na pytania odpowiada niechętnie, z dużymi pauzami. *Co jej dokucza?* — „Z dołu głos." *Co za głos?* — „Nie wiem." Co pewien czas mówi: „Ja nie chcę tu być, muszę iść na dół, muszę załatwić". Nie pytana milczy, leży nieruchomo, stale w pozycji jednakowej, z głową podpartą na ręce. Często szepce do siebie. *Gdzie jest?* — „Nie wiem". *Jaki rok?* „Nie wiem." *Przedstawia się co?* — „Nie." Po chwili podaje, że wydaje jej się, że jest gdzieś daleko. *Prześladuje kto?* — „Tak". *Elektryzują, trują?* — „Nie, ale stale ten głos i muszę myśleć, aby się bronić. Ten gruby pielęgniarz mnie prześladuje, on chce załączyć mi prąd" Służba podaje, że chora często podnieca się, zrywa, chce uciekać, bije służbę i inne chore. Chora nie jada, jest karmiona zgłębnikiem. *Dlaczego nie jada?* — „Bo nie przyszłam tu jeść". Chora nie zanieczyszcza się, lecz trzeba ją wyprowadzać z łóżka dla załatwienia potrzeb fizjologicznych. Zmanierowana, często skubie palce, patrzy stale w jednym kierunku. *6 + 6?* — „12" — (zwłoka); *6 × 9?* — „36, nie mogę przypomnieć." *3 × 6?* — „Nie wiem". *Staw, a rzeka?* „Rzeka płynie, staw stoi." *Pomyłka, a kłamstwo?* — „Ja się nie pomyliłam." W nocy szepce, że palą ją złe duchy. Twierdzi, że siostra oddziałowa oddała jej matkę na stracenie.

Dn. 15.I.48 r. dokonano w narkozie pentotalowej leukotomii sposobem Moniza. Po operacji całą noc wymiotowała. Na drugi dzień

o wiele więcej zatamowana, nie odpowiada na pytania, odwraca się do ściany, powieki zaciśnięte, opór przy ich rozwieraniu. Zanieczyszcza się. Niekiedy podobno podaje ręką służbie.—Dn. 16.I.48 r. stan bez zmian. — Dn. 18.I.48 r. — chora gorączkuje. Odleżyna na pośladku, wczoraj było lekkie zaczerwienienie, które troskliwie zaopatrzono. Karmiona z łyżki przyjmuje pokarmy. Poznała matkę, ucałowała jej rękę nie mówi jednak ani słowa. — 19.I. 48 r. gorączkuje. Odleżyna nie powiększa się. Nie mówi. Nie zanieczyszcza się moczem. Apetyt dobry. Zjada wszystko, co jej podają. Ze środków lekarskich przyjmuje cibazol i penicylinę. — Dn. 20.I.48 r. Nic nie rozmawia, nawet z matką, wita się jednak. Zanieczyszcza się moczem. Przetrzymuje pokarmy w ustach. W takim stanie chora wypisana została do szpitala psychiatrycznego w Tworkach w dniu 26.I.48 r.

Odwiedzona w Tworkach w dniu 4.III.48 r. W zachowaniu się chorej i jej stanie zaszły bardzo wyraźne zmiany: nieznaczny niedowład połowiczy po stronie prawej, z wygórowaniem odruchów ścięgnowych i drżeniem prawej kończyny górnej. Po upływie tygodnia od przybycia do Tworek chora zaczęła mówić, początkowo tylko „tak" i „nie". Przejawiała zaburzenia w mowie, częściej odpowiadała skinieniem. Stopniowo zaczęło ją ciekawić otoczenie i życie szpitalne; nastrój był pogodny. Wrażliwa na dowcipy, zaśmiewała się z nich. Zanieczyszcza się jeszcze moczem; początkowo bawiła się kałem, ustąpiło to obecnie zupełnie. Przetrzymywanie pokarmów w ustach także ustąpiło. Nastrój chorej zlekka euforyczny, mówi jednak pocichu i powoli. Nieporadna w złożonych czynnościach. Zupełny brak negatywizmu, autyzmu, urojeń, halucynacji. Odpowiedzi chorej są obecnie całkowicie zborne. Do matki niezwykle czuły i serdeczny stosunek, każda wizyta matki napawa ją wielką radością, oczekuje tych odwiedzin z utęsknieniem, nie domaga się jednak wypisania. Skłonności samobójcze ustąpiły. Jada dużo, sama, ma duży apetyt, jest wprost żarłoczna i znacznie utyła.

Przy badaniu psychiatrycznym stwierdza się słabo zaznaczoną persewerację, trudności w znalezieniu właściwych słów. Jest niezwykle uprzejma, uśmiech jej zdradza zadowolenie z rozmowy z lekarzem, *Miesiąc?* — „Marzec." — *Rok?* — namysł, *Może napisać?* — Pisze: 1948. *Czy pamięta szpital w Warszawie?* — „Nie." Przedmioty z otoczenia (zapałki, ołówek, lusterko) nazywa dobrze, czasem namyśla się dłużej, jakby szukała wyrazów. Pieniądze rozpoznaje. *6 × 3?* — „18";

6 × *6?* — „36" (szybko); *18 + 5?* — milczy, myśli; 6 + 5? — „21"; 5 + *5?* — „10." Rekonstruuje kwadrat ułożony z zapałek jako romb, czyni to również za drugim razem. Resztę ze 100 zł wydaje dobrze. Z różniczkowaniem (staw, rzeka) nie może sobie poradzić. Odpowiada głosem cichym, czasem szeptem, z pewnym wysiłkiem i natężoną uwagą, w trudniejszych słowach zacina się.

Jak widzimy, stan tej chorej początkowo pogorszył się po zabiegu, zapewne w związku z wystąpieniem niedowładu połowiczego i afazji. Stan ten miał prócz tego wyraźne cechy osłupienia z negatywizmem. Następnie chora zaczęła się szybko poprawiać, znikł zupełnie autyzm, negatywizm, halucynacje, urojenia, pojawiła się czułość do matki, lekka euforia przy wyraźnym przyciszeniu w wysłowieniu, ustąpiły skłonności samobójcze oraz odmowa przyjmowania pokarmów. Chora nadal się poprawia. Uwzględniając, że zabieg wykonany był u niej zaledwie przed 1,5 miesiąca i że poprawa opóźniona została bez wątpienia przez objawy porażenia połowicznego z afazją, uwzględniając, wreszcie to, że poprawa postępuje jednak naprzód, rokowanie u tej chorej jest dobre. Chora już teraz mogłaby być wypisana do domu.

3. *K. J.*, lat 26, przy mężu, nr. historii choroby 11/803/48; chora psychicznie od 7.III.47 r. Obarczenie dziedziczne — nie ustalone. Przybyła do Kliniki Neurochirurgii U. W. w dniu 10.I.48 r. ze szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia katatonica. Otrzymała uprzednio 10 elektrowstrząsów, 14 zastrzyków cardiazolowych i przeszła leczenie bez wyniku. W *anamnezie:* przeważnie objawy osłupienia z zatamowaniem, negatywizmem i silnie wyrażonym autyzmem, odmową przyjmowania pokarmów (czasem jada z łyżki)

Po przyjęciu do kliniki stwierdza się u chorej co następuje: w narządach wewnętrznych zmian nie zauważono. Badanie neurologiczne o wyniku ujemnym; typ konstytucjonalny: leptozomiczny. *Badanie psychiatryczne:* Chora leży odwrócona do ściany. Na pytania nie odpowiada; zanieczyszcza się moczem i kałem. Stawia opór przy próbie odwrócenia twarzy, uśmiechając się na przyjacielski gest lekarza w sposób blady i zmanierowany. Nie stwierdza się flexibilitas cerea. Krygując się i wyginając broni się przed wyprowadzeniem z łóżka; zmuszona do tego siada na brzegu łóżka, odwracając twarz. Czasem, jak mówi pielęgniarka, odzywa się jednym zdaniem, np. „nie chcę jadać". W stosunku do odwiedzającej rodziny zachowuje się dziwacz-

nie i nie chce się witać. Nie zauważono, aby szeptała do siebie, nie zauważono również podnieceń, ani też aby biła inne chore.

Dn. 11.I. 48 r. w znieczuleniu pentotalem dokonano obustronnej leukotomii sposobem Moniza. — Dn. 15.I.48 r. chora gorączkuje: 39° C. Nie odzywa się ani słowem. Zanieczyszcza się. — Dn. 16.I.48 r. Odwrócona stale do ściany, nie rozmawia. Opór przy rozwieraniu powiek. Gorączkuje nadal. Ognisko trzeszczeń w obu dolnych płatach płuc. Otrzymuje: cibazol, camphora. — Dn. 17.I.48 r., w stanie bardzo ciężkim (I. = 38°, P = 120) została zabrana do domu przez rodzinę.

Chora ta, jako dotknieta osłupieniem, należała do grupy dającej mało widoków na poprawę.

4. *R. M.*, lat 30, żona rolnika, nr. historii choroby 276/10609/47 Chora psychicznie od 8 miesięcy, dziedzicznie nie obciążona. Przybyła do Kliniki Neurochirurgii U. W. w dniu 15.XI.1947 r. ze szpitala w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia paranoidalis. Przebyła leczenie elektrowstrząsowe, insulinowe, cardiazolowe i zimnicze — bez wyniku. *W anamnezie* napastliwa, podniecona, miała halucynacje słuchowe i urojenia, rozkojarzenie, dziwactwa, zmanierowanie, negatywizm, autyzm, zanieczyszczała się moczem i kałem; biła otoczenie, krzyczała, śmiała się bez powodu, jadała źle.

Po przyjęciu do Kliniki stwierdza się: chora budowy mieszanej; w narządach wewnętrznych zmian nie ma. Badanie neurologiczne zmian nie wykazuje. *Badanie psychiatryczne:* chora zachowuje się bardzo zmiennie. Podczas badania innej chorej wybucha śmiechem, jakby zarażając się od tamtej, śmieje się wówczas bezmyślnie i gwałtownie. Po chwili, rozmawiając z lekarzem, jest już raczej smutna i ponura, nie uśmiecha się. Pyta lekarza: „Za co cierpi?" *Na czym polega jej cierpienie?* — „Najgorsze to były zabiegi w Tworkach". *A czy słyszy głosy?* — „Jak ja panu powiem... chyba po niemiecku". W tym miejscu zachowanie chorej zmienia się nagle — rozkładając ręce i ożywiając się na twarzy, robiąc dziwaczne grymasy, oświadcza, że „mąż jest najgorszy". Powtórnie o to pytana oświadcza, że głosów nie słyszy (pielęgniarka podaje, że chora często mówi do siebie). *Czy kto prześladuje?* — „Jak się p. doktorowi zdaje?" *Za rodziną tęskni?* — „Zresztą jestem mężatką, kłamać nie będę, chyba to widać". Zaczyna się uśmiechać i mówi: „Mam taki charakter". *Tęskni za mężem?* — „Nie wiem, czy on za

mną tęskni". *A do dziecka?* — „Co ja zrobię — mówi obojętnie — jak ja tęsknię do dziecka?" *Czy truł kto?* — „Nie wiem, kto na mnie nastaje". *Dlaczego nie chciała jeść?* — „Raz jadłam, aż za dużo" *Dzień?* — „Sobota". *Miesiąc?* — „Jak będę kłamać, niemową się stanę". *Rok?* — „Nie wiem". *Jak długo była w szpitalu w Tworkach?* — „Czy mam mówić wtedy, jak nie można mówić?". *Kto zabrania?* — „Czasem to coś przeszkadza". Pytania w zakresie działań arytmetycznych zbywa słowem „nie wiem". Ogląda się i mówi, że usłyszała w tej chwili, że mąż jej nie lubi.

Po obustronnej leukotomii dokonanej w narkozie pentotalowej w dniu 17.XI.47 r. sposobem Moniza spała czas dłuższy, potem była podniecona, chciała zrywać bandaż, następnie uspokoiła się. Kontakt z otoczeniem poprawił się, negatywizm ustąpił niemal od chwili przebudzenia się. Wypytywana o halucynacje, zaprzecza, aby je miała, podobnie co do urojeń. W czasie, miejscu, otoczeniu nie była zorientowana, nie pamięta zabiegu i słabo pobyt w szpitalu w Tworkach. Ustąpiło zmanierowanie i dziwactwa mimiczne. W odpowiedziach zborna. Pyta się, kiedy odwiedzi ją ktoś z rodziny. Zanieczyszcza się moczem i przetrzymuje pokarmy w ustach. Wypytywana w ciągu dalszego pobytu w klinice o halucynacje — wykazuje jedynie coś w rodzaju iluzji: w plamie szarej na ścianie widzi raka, w lampie — fotografię. Urojeń nie ma. Czytała książki. Utrzymuje się niepamięć operacji. Przetrzymuje pokarmy w ustach, zanieczyszcza się moczem

Po wypisaniu jej do szpitala psychiatrycznego w Tworkach w dn. 1.XII.47 r. (rodzina bowiem nie zgłosiła się po nią, aby ją zabrać do domu) badana była jeszcze dwukrotnie. Wyniki ostatniego badania w dn. 4. III. 48 r. przedstawiają się w następujący sposób: chora znacznie przytyła, ma duży apetyt, od 3 tygodni przestała się moczyć. Z własnej woli pisała do męża, w ogóle jednak przejawia słabą inicjatywę. Spokojna, grzeczna. Urojeń, halucynacji i rozkojarzenia brak. Pracuje, przejawia wówczas roztargnienie, np. przy szyciu bielizny niekiedy myli się. Przetrzymywanie pokarmu w ustach ustąpiło. Kontakt z lekarzem dobry, odpowiedzi jednak zwolnione, dość bezbarwne w intonacji, jakby nieco smutne w brzmieniu. W działaniach arytmetycznych na ogół omyłek nie robi. W niektórych odpowiedziach nieco ambiwalentna, jakby chciała uniknąć badania. Odpowiada „może tak, może nie". Z zadowoleniem przyjmuje zapowiedź, że lekarz opowie jej bajeczkę, lecz powtórzyć jej nie umie. *Miesiąc?*

— „Marzec, czy luty". *Dzień?* — *Może* czwartek" (dobrze). W miejscu zorientowana. „Wojna zaczęła się w roku 1937". *Ile trwała?* — „6 lat". Nazwy trzech przedmiotów zapamiętuje, nie może podać natomiast nazw 5 przedmiotów. Różniczkuje posługując się tautologiami. Przedmioty nazywa dobrze. Wie, że w Warszawie zrobiono jej operację. Pamięta lekarza. Nigdy nie podniecała się, nie miewa żadnych zatargów z otoczeniem.

Widzimy więc, że u tej chorej, mimo zupełnego ustąpienia autyzmu, negatywizmu, halucynacji i urojeń, stosunkowo mniejsza jest poprawa w zakresie inicjatywy, planowania itd., które najlepiej rozwijają się przez kontakt z życiem pozaszpitalnym, w domu rodzinnym i przy codziennej, zwykłej pracy. Chora mogłaby śmiało być oddana pod opiekę rodziny, nie było to jednak możliwe z powodu małego zainteresowania się nią przez jej bliskich. Chora robi wrażenie nieco przygaszonej i smutnej. Zachowanie jej przypomina chore w stanie depresji konstytucjonalnej.

5. *S. C.* lat 30, rolniczka, nr. historii choroby 10/804/48. Chora psychicznie od 4 lat. Obarczenie dziedziczne nie ustalone. Przybyła do Kliniki Neurochirurgii U. W. w dniu 10.I.48 r. ze szpitala w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia paranoidalis. *W anamnezie* stwierdza się autyzm, urojenia, halucynacje słuchowe i wzrokowe, stereotypowość, podniecenia psychoruchowe, napastliwość, rozkojarzenie. W Tworkach przebywała dwukrotnie, w 1945 r. i w 1947 r., gdzie leczona była elektrowstrząsami i wstrząsami cardiazolowymi. Również leczenie gorączkowe (szczepionką durową) okazało się bezskuteczne.

Po przyjęciu do Kliniki stwierdza się: Chora budowy leptosomicznej; w narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Wynik badania neurologicznego ujemny. *Badanie psychiatryczne:* W zachowaniu i mowie chorej widoczne jest podniecenie, mówi wiele, wyraża pretensje do lekarza, że bez jej woli chce ją leczyć, mówi to głosem napastliwym, ostrym, dobitnym z afektyzowaną i zmanierowaną mimiką i gestykulacją. Mówi przy tym niezbornie, z tego zaś, co mówi, wynikałoby, że ma żal do lekarza w Tworkach, który miał jej dokuczać. Podczas rozmowy wpija się w rozmówcę wzrokiem pełnym napięcia. Na przyjacielski gest lekarza, który chce ją poklepać po dłoni — nagle odskakuje całym ciałem i oświadcza stanowczo i napastliwie, że dotknąć się nie pozwoli. Potem, nagle zmieniając ton

na bardziej przyjazny, oświadcza, że chciałaby pójść do lekarza na służbę, aby w ten sposób zarabiać na szpital. Tu zaczyna się uśmiechać. Na szereg pytań odpowiada niezbornie, np. *Czy jej się zwiduje?* — „Nie, ktoś mi dokuczył, ale to moja wina, że brat mnie nie zabrał" Pytanie dotyczące jej intelektu i orientacji zbywa słowem „nie". Duże zmanierowanie. Nie zanieczyszcza się. Dba o czystość.

Dn. 14.I.48r. leukotomia obustronna sposobem Moniza w uśpieniu pentotalowym. — Dn. 15.V.48 r. Wymioty po operacji. Odpowiedzi zupełnie poprawne, bez negatywizmu. W czasie i miejscu nie orientuje się, sens zapytań jednak rozumie. Rozkojarzenia brak. Wzrok jasny, twarz spokojna, zmęczona. W ciągu następnych dni stan psychiczny chorej pogorszył się znacznie. Wystąpiło silniejsze zatamowanie, stała się ponura i nieufna. Kontakt z lekarzem niechętny, natomiast do pielęgniarki sentyment, głaszcze jej dłoń. Zanieczyszcza się, rozmawia mało, nie jest jednak rozkojarzona. Trzyma stale dłoń przy ustach nie dając jej odprowadzić. W ciągu następnych dni zauważono, że przyzwyczaiła się do jednej z pielęgniarek; prosi ją, aby stale przy niej przebywała. Mówi, że przedstawia się jej dom rodzinny. Pytana co do halucynacji i urojeń — zaprzecza. Jest w dalszym ciągu małomówna i pod tym względem różni się zasadniczo od okresu przed operacją. Nie przejawia poprzednich dziwactw w mimice i gestykulacji. Nie przetrzymuje pokarmów w ustach. — Dn. 22.I.48 r. wystąpiło silne zatamowanie psychoruchowe. Chora leży nieruchomo; na prośbę lekarza, aby się doń odwróciła, nie czyni tego. Na niektóre pytania pielęgniarki odpowiada bez rozkojarzenia; pyta się pielęgniarki, czy prędko pójdzie do domu; je dużo. Zanieczyszcza się, ale nie przetrzymuje pokarmów w ustach.

Po wypisaniu w dn. 26.I.48 r. do szpitala w Tworkach stwierdzono tam przez krótki czas jej pobytu (rodzina bowiem, korzystając z uspokojenia chorej i z ustąpienia u niej objawów napastliwości, niebawem zabrała ją do domu), co następuje: Spokojna, nie interesuje się otoczeniem; jeszcze zanieczyszcza się moczem; łyka dobrze. Lekarzy rozpoznawała. Bez autyzmu i negatywizmu. Dat nie pamięta, nie pamięta, aby była w tym szpitalu przed operacją; wie o tym, że była operowana. Zapałek nie zapala, gdyż trzęsą się jej ręce (drżenie przy czynnościach zamierzonych). Godzinę na zegarku rozpoznaje. Czyta z książki i potrafi powtórzyć. W tabliczce mnożenia odpowiedzi szybkie, poprawne. W dodawaniu i odejmowaniu — gorsze. Różniczkuje

prymitywnie i nieściśle. Urojeń i halucynacji nie ma. Pytana, dlaczego oddaje mocz do łóżka, odpowiada: „Bo jest brudne". Na żądanie podpisuje się na kartce i po podpisaniu się czyni to dalej bez przestanku. Interesuje się wypisaniem do domu. Rodzina zabiera ją do domu zadowolona ze zmiany, jaka w niej zaszła.

6. *K. W.*, lat 22, dawniej ślusarz; nr ks. gł. 331/10276/47. Chory psychicznie od 2 lat. Dziedzicznie nie obciążony. Przybył do Kliniki Neurochirurgii. U. W. dn. 4.XI.47 r. skierowany przez Związek Inwalidów. Leczył się uprzednio w 1946 r. w szpitalu dla psychicznie chorych w Tworkach, przedtem zaś przez 6 miesięcy 1945 r. w szpitalu dla psychicznie chorych w K. W Tworkach stwierdzono u niego dość częste napady padaczki. Ataki te ma od czasu urazu w głowę w 1942 r. Ruchliwy, łatwo pobudliwy, zaczepia innych. Zorientowany w czasie, miejscu i otoczeniu; przylepny, natrętny, dokuczliwy, skarży się na innych chorych. Natręctwa ruchowe: zacieranie rąk, zakrywanie twarzy. Bójki i kłótnie z innymi. Leniwy i nieposłuszny. W dn. 24.X.47 r. uciekł ze szpitala. *Rozpoznanie:* padaczka pourazowa. Rodzaju leczenia karta szpitalna w Tworkach nie podaje.

Po przyjęciu do kliniki stwierdza się: W stanie narządów wewnętrznych zmian nie ma. Budowy mieszanej. Układ nerwowy bez zmian. Roentgen czaszki zmian nie wykazuje. *Badanie psychiatryczne:* spokojny, jękliwy, ton głosu przygnębiony z odcieniem agrawacji. Wykonuje stale ruchy łapania się dłońmi za głowę, tarcia skroni, drapania się po głowie; nie umie wytłumaczyć, dlaczego tak czyni. W ciągu rozmowy czyni te ruchy rzadziej, jednak po zakończeniu rozmowy powracają one w poprzedniej częstotliwości. Natrętny i przylepny, z uporem domaga się papierosa. Duże zaburzenia pamięci w zakresie świeżych i dawniejszych zdarzeń. W czasie niezupełnie zorientowany, poza tym zachowanie zdradza zorientowanie. W tabliczce mnożenia większych błędów nie robi, różniczkuje niechętnie i wykręca się od badania. Nie umie podać miejscowości, w których przebywał podczas pobytu w Rosji w czasie wojny. Przedmioty nazywa dobrze. Imion rodzeństwa, nazwisk swych nauczycieli, imion rodziców — nie pamięta dokładnie. Chory nie robi wrażenia osoby inteligentnej. Pytany o halucynacje — powiada, że słyszy czasem głos: „powieś się" i wyraża zdanie, że to mówi doń kolega, który się powiesił; raz widział jakąś białą postać. Urojeń nie ma.

Dn. 8.XI.48 r. Obustronna leukotomia sposobem Moniza w uśpieniu pentotalem. W 4 godziny po operacji chory budzi się. Podnosi obie ręce do twarzy, porusza nogami (porażeń nie stwierdza się). Przez dłuższy czas po operacji — podniecony, tłucze nogami o materac, gryzie prześcieradło, zanieczyszcza się moczem, rękami bawi się genitaliami, zrzadka przeciąga rękami po twarzy. — Dn. 10.XI.47 r. Orientacja w czasie o wiele lepsza niż przed operacją, w miejscu — gorsza; w tabliczce mnożenia myli się. W różniczkowaniu zupełnie zawodzi, nie rozumie nawet, czego odeń żądają. Aż do końca pobytu w klinice zanieczyszcza się moczem, bawi się kałem, wszczyna kłótnie z innymi, stale manipuluje koło genitalii, gryzie prześcieradło, skubie wszystko, co ma pod ręką. Pieniądze liczy dobrze i wydaje resztę poprawnie. Pod koniec pobytu zaczyna lepiej różniczkować. Czasami, zdaje się, ma halucynacje wzrokowe. Ruchy tarcia głowy niemal zupełnie ustąpiły.

Chory był badany jeszcze 2-krotnie po przeniesieniu go do szpitala w Tworkach. Przy ostatnim badaniu, w dniu 4.III.48 r., zupełnie spokojny, czysty, schludnie ubrany. Nie zanieczyszcza się moczem ani kałem. W czasie i miejscu zorientowany, tabliczkę mnożenia wykonuje dobrze, dodaje dobrze. Różniczkuje dobrze i szybko w zakresie pojęć konkretnych, zaś w zakresie pojęć abstrakcyjnych raczej źle. Urojeń brak. Bajeczkę o kruku i lisie powtarza poprawnie. Przedmioty nazywa dobrze. Figury z zapałek rekonstruuje szybko i dobrze, pokazuje część wspólną kilku zachodzących na siebie figur. Uchwycił sens złożonej historii obrazkowej. Napastliwość ustąpiła. Halucynacji i urojeń brak. Natręctw ruchowych nie ma, jeśli nie uwzględniać niekiedy pocierania dłoni. Wygląd dobry. Twarz jasna. Zlekka dziecinny i może nieco przylepny w zachowaniu. Napadów padaczkowych nie miewa. Wyraźnego przytycia nie stwierdzono. Apetyt dobry.

7. *C. G.*, lat 28, krawcowa, nr. historii choroby 26/1348/48. Chora psychicznie od 3 lat. Obarczenie dziedziczne nie ustalone. Przybyła do Kliniki Neurochirurgii U. W. dn. 26.I.48 r. ze szpitala w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia katatonica. W Tworkach leczona elektrowstrząsami, zastrzykami cardiazolowymi i zimnicą — bez wyniku, raczej z pogorszeniem: wzmożenie zatamowania aż do osłupienia. W domu była dziwaczna, ma żal do siostry, napastliwa. W szpitalu w Tworkach zatamowana, kontakt z nią trudny; albo nie odpowiada, albo po długim namyśle, często daje odpowiedzi dziwaczne.

Mimika i zachowanie również dziwaczne, zmanierowane, zobojętnienie uczuciowe, autyzm. Nieprzystępna. Pluje. Prawdopodobieństwo występowania omamów słuchowych.

W klinice stwierdzono: Chora budowy leptosomicznej, wydłużenie wydechu nad lewym szczytem, kilka drobnych rzężeń. W układzie nerwowym zmian nie stwierdza się. *Badanie psychiatryczne:* chora w stanie silnego zatamowania psychoruchowego. Odpowiada na pytania bardzo rzadko, sama z własnej inicjatywy nie rozmawia. Namawiana kilkakrotnie, aby wstała z łóżka — nie czyni tego, wreszcie, marszcząc brwi, mówi tonem groźnym: „Po co?". Zanieczyszcza się moczem, na stolec wynoszą ją do wygódki. Trzeba ją karmić. Wyprowadzana z łóżka stawia opór, stoi przez chwilę nieruchomo, jakby zawstydzona. Wykonuje polecenie przejścia się do drzwi i powraca. *Czy chce iść do domu?* Szybka odpowiedź: „Tak". *Kogo ma w domu?* — „Wszystkich." *Czym pani tam jest?* — „Wszystkim." *Głosy słyszy?* — Milknie i do końca badania już się nie odzywa. Bez przerwy pluje naokoło siebie.

Dn. 30.I.48 r. Obustronna leukotomia sposobem Moniza w narkozie pentotalowej. Wymiotowała po operacji. Sama nie rozmawia w ciągu następnych dni, odpowiada niekiedy na pytania, wyraz twarzy spokojny, zmęczony, spojrzenie jasne. Zanieczyszcza się moczem, pokarmów nie przetrzymuje w ustach. — Dn. 4.II.48 r. W czasie zorientowana niedokładnie. Odpowiada na wszystkie pytania, niekiedy jakby z rozkojarzeniem. Przeszkadza to w uzyskaniu danych z zakresu orientacji i intelektu. Dłubie palce, pluje. Zanieczyszcza się moczem. Je dużo. — Dn. 6. II. 48 r. Jeszcze więcej rozhamowana. Twierdzi na pytanie, że przedstawiają się jej krzesła i zęby. Przedstawiają się jej też ludzie. *Jacy ludzie?* — „Tacy jak ja". Pytana, czy pamięta operację, twierdzi, że tak, podaje jednak, że operacja była popołudniu i że przecięli jej żyły z tyłu. Zaprzecza, aby była w Tworkach. Wypytywana o obecne miejsce pobytu, kiwa głową z niechęcią na znak, że nie chce odpowiedzieć. Niekiedy sama odzywa się: „daj się napić". Ułożenie na wznak, wzrok wlepiony w ręce. Z siostrą swą nie rozmawiała, odpowiadała jej na pytanie, że chce, aby siostra pozostała przy niej. — Dn. 7.II.48 r. Je bardzo powoli. Pokarmów w ustach nie przetrzymuje. Zanieczyszcza się. — Dn. 10.II.48 r. Znowu więcej roztamowana. W czasie orientuje się, w miejscu nieściśle. Na pytania podaje imiona rodziców; wylicza imiona rodzeństwa powoli,

tracąc wątek, trzeba jej przypominać pytanie. Twierdzi, że siostra jej, Janka, jest tu w szpitalu. Postękuje, pluje. *Dlaczego pluje?* — „Bo coś niedobrego w tym jedzeniu jest, jakiś niesmak.” Dn. 10.II.48 r. — przewieziona do szpitala w Tworkach.

Przebadana w Tworkach w dn. 4.III.48 r.: Wygląd zły. Spojrzenie wrogie, podejrzliwe. W stosunku do stanu sprzed operacji mniej zatamowana, łatwiejsza w kontakcie, odpowiada więcej. Pytana o rodzinę mówi o niej obojętnie. Pod koniec badania bardziej autystyczna, wiele pytań zbywa milczeniem, poleceń nie spełnia. Jada sama. Nie przetrzymuje pokarmów w ustach. Podnieceń w Tworkach nie zauważono. Pluje naokoło siebie. Zanieczyszcza się moczem.

8. *J. J.*, lat 38, felczer, nr ks. gł. 308/9687/47. Chory psychicznie od 9 lat, dziedzicznie nie obciążony. Przybył do Kliniki Neurochirurgii U. W. w dn. 16.X.47 r. ze szpitala psychiatrycznego w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia katatonica. Leczony był uprzednio elektrowstrząsami, zastrzykami cardiazolowymi i malarią bez skutku. W *anamnezie:* silnie zatamowany, autystyczny, dziwaczny, negatywistyczny, bez podnieceń ruchowych i nie napastliwy.

Przy przyjęciu do kliniki stwierdza się: Chory budowy leptosomicznej, bez zmian w narządach wewnętrznych. Układ nerwowy prawidłowy. *Badanie psychiatryczne:* Nie mówi, na pytania nie odpowiada, oczy zamknięte, nie daje ich otworzyć, żuje chleb, przetrzymuje go wciąż w ustach. Twarz podrapana (drapie się). Ręką stale zasłania twarz. Po bardzo długich staraniach odpowiedział wreszcie na pytanie: *Czy nazywa się Januszko?* — „Nie”. Twarz nieruchoma; na postawione przed nim jedzenie nie zwraca uwagi — jednak na energiczny rozkaz zabiera się do jedzenia. Sam nie dopomina się o jedzenie. Również nie troszczy się o inne potrzeby fizjologiczne. Giętkość woskowa w zakresie kończyn górnych.

Dn. 18.X.48 r. Obustronna leukotomia sposobem Moniza w znieczuleniu pentotalem. Po operacji chory nie orientuje się w czasie, o ile to można stwierdzić, gdyż rozmowa z nim jest bardzo utrudniona Kontakt z nim jakby nieco lepszy, może więcej odpowiada na pytania, lecz zawsze szeptem lub skinieniem, spojrzenie jaśniejsze, twarz spokojna, nie drapie się, nie zasłania twarzy rękami. Zanieczyszcza się moczem. Powyższy stan utrzymywał się przez kilka dni, po czym chory zaczął znowu wypluwać chleb, który żuje stale, na kołdrę i od 22.X.48

r. stał się bardziej jeszcze autystyczny i negatywistyczny; zaczął się znów drapać. Przetrzymuje pokarmy w ustach, zanieczyszcza się kałem i moczem. Następnych dni jeszcze więcej autystyczny i negatywistyczny. Chory zaczął gorączkować w związku z odleżynami, które powstały pomimo troskliwej pielęgnacji. Przy stałej gorączce i objawach septycznych chory zmarł w dniu 12.XI.48.

Badanie sekcyjne: Dilatatio acuta cordis dextri. Venostasis et eodema cerebri. Leptomeningitis serosa. Asymetria lobi temporalis propter cystismeningum lobi tempor. sin. Venostasis et oedema pulmonum. Tracheobronchitis muco-purulenta diffusa. Cholecystitis chronica. Venostasis hepatis et renum. Offuscatio parench· hepatis. Gastritis hypertrophica glandularis.

9. *P. S.*, lat 39, rolnik, hist. choroby nr. 318/10006/47 Chory psychicznie od półtora roku. Brat chorował psychicznie.

Przybył do Kliniki Neurochirurgii U. W. w dn. 24.X.47 r. ze szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach z rozpoznaniem: schizophrenia katatonica. W *anamnezie:* nie mówi, podniecony erotycznie, napastuje kobiety, ciągle się onanizuje, agresywny wobec żony. Lęki, obawy przed śmiercią. Częste wybuchy krzyku lub głośnego śpiewu. Dziwaczny. Obnaża się, biega na czworakach, obwąchuje okolicę odbytu sąsiadom. Częste podniecenia w szpitalu w Tworkach, bicie szyb, agresywność. Omamów i treści urojeń stwierdzić się nie udało. Brudny i niechlujny do obrzydzenia. Leczony był wstrząsami elektycznymi dwukrotnie i zimnicą — bez wyniku.

Badanie na klinice wykazuje: W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się, objawów neurologicznych również nie zauważono. *Badanie psychiatryczne:* Chory nie mówi, na pytania nie odpowiada. Zachowuje pozycję nadaną kończynom górnym, mruga często oczami, na pytania reaguje jedynie drgnieniem warg, jakby powstrzymywał się od wypowiedzenia słów. Leży nieruchomo z zamkniętymi oczami i nie otwiera ich na prośbę. Poleceń nie spełnia, wyraz twarzy pełen pozy, coś pośredniego między wyrazem cierpienia a uduchowienia. Na prośbę lekarza, aby podał mu rękę, czyni poruszenie w tym celu i zastyga. Po chwili zmienia pozycję, leży teraz jakby podparty na nieistniejącej poduszce. Postawiony, stoi nieruchimo, z głową opuszczoną, z wzrokiem wbitym w podłogę. Na polecenie. aby chodził, zbliża się do lekarza. Gdy lekarz chce podać mu rękę,

na twarzy chorego pojawia się grymas wyrażający dwa uczucia: przykrość i radość.

Dn. 25.X.47 r. — Obustronna leukotomia sposobem Moniza w znieczuleniu pentotalem. Po zabiegu chory nieprzytomny, nie mówi, ale reaguje na ukłucia twarzy. — Dn. 26.X.47 r. Przez prawy otwór trepanacyjny nakłuto mózg, natrafiając w głębokości ± 4 cm na komorę, z której wydobyto kilka cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, zupełnie przejrzystego. Tego samego dnia stwierdzono u chorego objawy porażenia po stronie lewej i ognisko rzężenia w płucu. W dalszym ciągu stan ciężki: ciśnienie = 120; ciepłota 39°. W dn. 29.X.47 r. chory zmarł.

Wyniki badania pośmiertnego: Bronchopneumonia dispersa. Pleuritis fibrinosa dextra. Venostasis omnium organorum. Haemangioma cavernos hepatis. W komorze bocznej prawej mózgu, częściowo w lewej i w III znaleziono skrzepy krwi. Nieznaczny wylew krwi do przestrzeni podpajęczynówkowej sklepistości mózgu.

WNIOSKI

1. Leukotomia jest poważnym krokiem naprzód w leczeniu chorób psychicznych, pozwala bowiem uzyskać znaczną poprawę nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne sposoby lecznicze zawiodły. Dotyczy to więc chorych, którzy dotychczas uważani byli za nieuleczalnych i przebywali w zakładzie zamkniętym przez lata. Duży odsetek tych chorych może być zwrócony społeczeństwu i prowadzić życie samodzielne.

2. Chorzy do leukotomii winni być dobierani starannie z uwzględnieniem doświadczenia, iż zabieg ten jest wskazany raczej u chorych nie stępiałych pod względem uczuciowym, a u których nie pomogły inne sposoby leczenia.

3. Należy dążyć do opracowania sposobów zabiegu dozwalających na kontrolę wzroku. Należy mniemać, iż rozwój techniki chirurgicznej pozwoli w przyszłości na wykonywanie zabiegu tylko na tych częściach mózgu, które mają istotne znaczenie dla uzyskania poprawy u chorego.

4. Należy wykorzystać spostrzeżenia nad chorymi operowanymi dla badań nad patofizjologią ich cierpienia i wogóle nad czynnością mózgu.

5. W odniesieniu do schizofrenii leukotomia stwarza zagadnienie, czy nie jest ona cierpieniem z dziedziny zaburzeń czynności układu współczulnego.

6. Leukotomia zdaje się przestrajać osobowość w kierunku cech składających się na pojęcie „*syntonii*". Również w dziedzinie cech fizycznych osobowości zachodzą zmiany. Aby te przeobrażenia osobowości ustalić ściśle, należy dążyć do badań porównawczych osobowości w okresie prepsychotycznym i w okresie po dokonanym zabiegu.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bailey P., von Bonin G., Davis E. W., Carol H. W., Mc Culloch W. S., Roseman E., Silveira A.* — Journal of Neurophysiology, 1944, 7, 51.
2. *Bard P.* — *Jn Murchison C.* „Handbook of General Experim. Psychology". Worcester Mass. Clark Univ. Press. 1934. str. 264 — 311.
3. *Brickner R. M.* — Intellectual Functions of the Frontal Lobes. Macmillan, New York, 1936.
4. Board of Control (England a. Wales) — Prefrontal Leucotomy in 1000 Cases. His Majestys Stationery Office, London 1947.
5. *Le Gros Clark W. E.* — Connections of the Frontal Lobes of the Brain. The Lancet 1948, t. I, str. 353.
6. *Falkowski A.* — Schizofrenia. Wilno 1929.
7. *Freeman W., Watts J.* — Prefontal Lobotomy. The Americ. J. of Surgery 1948, t. LXXV nr. 1, str. 227.
8. *Freeman W., Watts J. W.* — Psychosurgery Reprinted from Progress in Neurology and Psychiatry. New York, Grune and Stratton 1946.
9. *Freeman W.* — The Surgical Treatment of Mental Disordes. Medical Annals of the District of Columbia 1939, t. VIII., nr. 12, str, 345.
10. *Freeman W. a. Watts J.* — Behavior and Frontal Lobes Transactions of the New York Academy of Sciences 1944, ser. II, t. 6, nr. 8, str. 284 — 310.
11. *Freeman W., Watts J.* — Retrograde Degeneration of the Thalamus following Prefrontal Lobotomy. The Journal of Comparative Neurology, 1947 t. 86. nr. 1, str. 65.
12. *Freeman W., Watts J.* — Prefrontal Lobotomy The Problem of Schizofrenia. The Americ. Journ. of Psychiatry 1945, t. 101, nr. 6, str. 739.
13. *Freeman W., Watts J.* — Schizophrenia in Childhoot. Abstract. and Translations from the Science Library. April 1947, ser. XV.
14. *Fulton I. F.* — Physiology of the Nervous System. Oxford Press, 1943, str. 264.
15. *Fünfgeld E.* — Bemerkungen zur Histopathologie der Schizophrenie. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Neurologen u. Psychiater. Julius Springer, Berlin 1937, str. 232.
16. *Garol H. W. Mc. Culloch W. S.* — Journ. of Neurophysiology 1944, 7, 199.
17. *Hälstead W., Carmichael H., Bucy P.* — Prefrontal Lobotomy. Americ. Journ. of Psychiatry 1946, t. 102, nr. 2.
18. *Hebb D. O.* — Inteligence in Man after large Removals of celebral tissue. The Journal of General Psychology. 1939, 21, 73—87.
19. *Jacobsen C. F.* — Influence of motor a. premotor area lesions upon the retention of acquired skilled movements in monkeys and chimpanzees. Res. Publ. Ass. Nerv. Dis. 1934; 13, 225.

20. *Kleist K.* — Bericht über die Gehirnpathologie in ihrer Bedeutung für Neurologie u. Psychiatrie. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater. Julius Springer, Berlin. 1937. str. 159.
21. *Lashley K. S.* — Psychol. Rev. 1938; 45, 42—61.
22. *Mayer Gross W., Frankl L.* — Personality Change after Prefrontal Leukotomy. The Lancet 1947, t. II, str. 820.
23. *Mazurkiewicz J.* — Roczn. Psych. 1925 (II), 1926
24. *Mc Kenzie K. G., Lorne D. Proctor.* — Bilateral Frontal Lobe Leucotomy in the Treatment of Mental Disease The Canadian Medic. Assoc. Journal. 1946, 55, 433—441.
25. *Mettler F. A.* — J comp. Neurol 1947; 86, 95.
26. *Meyer A., Beck E., Mc Lardy I.* — Brain 1947; 70, 18.
27. *Murphy J. P., Gellhorn E. J.* — Neurophysiol. 1945; 8, 431.
28. *Miskolczy D.* — Die örtliche Verteilung der Gehirnveränderungen bei der Schizophrenie. Verhandlungen der Gedellschaft deutscher Neurologen u. Psychiater. Julius Springer, Berlin, 1937 str. 203.
29. Paterson A. — Neurology a. Psychiatry: their common Problems, Brain, 1946 t. 69 cz. 1 str. 58.
30. *Peters G.* — Gibt es einne pathologische Anatomie der Schizophrenie? Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Neurologen u. Psychiater. Julius Springer, Berlin, 1937, str. 324.
31. *Russel Ritchie W.* — Functions of the frontal Lobes. The Lancet, 1948, t. I, str. 356.
32. *Rylander G.* — Personality Changes after Operations of the Frontal Lobes. Humphrey Milford. London 1939.
33. *Rylander G., Sjögvist O.* — Frontal lobotomi vid psykiska sjukdomstillstand, Sartryck ur. Nordisk Medicin. 1946, 29—557.
34. *Ruch T. C., Shenkin H. A.* — Journ. Neurophysiol. 1943; 10, 349.
35. *Spatz H.* — Über die Bedeutung der Basalen Rinde, Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Neurologen u. Psychiater. Julius Springer, Berlin 1937. st. 208.
36. *Ward A. A. jun., Mc Culloch W. S.* — Journ. Neurophysiol. 1947; 10, 309.
37. *Ziegler L.* — Bilateral prefrontal lobotomy Am. Journ. Psychiatr. 1942; 100, 178.

STRESZCZENIE — SUMMARY

L. KORZENIOWSKI M. D.

PREFRONTAL LOBECTOMY AND ITS VALUE IN THE TREATMENT OF MENTAL DISEASES

Author cites methods of performance of prefrontal lobectomy and presents particular results of this operation, which in Poland is performed in Neuro-Surgical Clinic of Warsaw Uniwersity (Director Assoc. Prof. J. Choróbski M. D.)

The fact, that schizophrenies treated by leukotomia loose quickly the symptoms such as incoherentia, delusions, hallucinations, autism, negativism etc. permits us to revise our view on schizophrenia.

Results of leukotomia indicate, that schizophrenia is not an organic and irreversible disease. If it is not always so, — it is often. In many cases it consists of disturbances functionally endogeneous of nervous system. The operation limits the affective drive from subcortical ganglia to the cortex. This drive is produced in the above mentioned ganglia. We know, that these ganglia are composed of vegetative cells. Since the conclusion, that schizophrenia is probably a disease of vegetative system.

The author discusses personality changes with operated patients and finds, that they alter in the direction of predominance of these psychical characteristics which are typic for syntonies. It is interesting, that somatic characteristics of these persons change. They are getting fatter and round. It would indicate that leukotomia influences the function of nervous centres, which govern shaping of personality from somatic and psychic point of view. To what extent author's conclusions are right, it may be proved only by proper investigations on the patients' condition before the disease and after operation.

SPRAWOZDANIA

CENTRALNY INSTYTUT MEDYCZNO-PEDAGOGICZNY W SOFII

Bułgarski Centralny Instytut Medyczno-Pedagogiczny został założony w roku 1935. Celem jego jest:

1. poznanie fizycznego i psychicznego rozwoju dzieci i młodzieży szkolnej w różnych okresach życia,
2. przystosowanie pracy szkolnej do fizycznego i psychicznego rozwoju uczniów, oraz wymagań zawodowego i kulturalnego życia,
3. wykrywanie zaburzeń fizycznych i psychicznych i ustalanie sposobów ich usuwania,
4. udzielanie porad lekarsko-wychowawczych i zawodowych dzieciom i młodzieży szkolnej.

Instytut ma następujące oddziały: chorób płucnych, serca, oftalmologiczny, laryngologiczny, rentgenologiczny, dentystyczny, laboratoryjny oraz oddział badań psychologiczno-pedagogicznych i poradnictwa zawodowego.

Oddział psychologiczno-pedagogiczny rozwija praktyczną działalność w zakresie poradnictwa zawodowego dla uczniów i absolwentów szkół młodzieży wiejskiej i miejskiej, leczniczo-wychowawczą oraz opracowuje następujące zagadnienia naukowe:

1. związek między pracą w szkole, a wynikami szkolnymi, zwłaszcza uczniów drugorocznych i leniwych,
2. zależność między uzdolnieniami a postępami,
3. zmęczenie uczniów,
4. badanie dojrzałości szkolnej.

Prócz tego przeprowadza specjalne badania dotyczące zagadnień takich, jak np.: pojęcia prawne i moralne młodzieży; życie towarzyskie uczniów; psychologia młodzieży, która brała czynny udział w przemianach społeczno-politycznych; psychologia młodzieży wiejskiej i małomiasteczkowej, przybywającej do wielkich miast; psychologia matki. Poza tym badania nad metodami pracy psychologicznej.

Aktualnie Instytut pomaga w organizowaniu oddziału badań psychologicznych w specjalnym instytucie dla dzieci poniżej siódmego roku życia.

W. Kosmala

BIBLIOGRAFIA

Ks. Józef Pastuszka — Psychologia Ogólna, tom I, str. 415, Lublin 1946 r. T. Naukowe Kat. Uniwersytetu Lubelskiego.

Książka, która stanowi tom I przewidzianej pracy, obejmuje: wiadomości wstępne z psychologii i psychologię poznania.

Książka przedstawia bogaty materiał informacyjny z zakresu psychologii i bogatą bibliografię. Jako podręcznik psychologii, których tak bardzo brak literaturze polskiej, posiada jednak pewne braki. Uderza przede wszystkim język filozoficzny, podejście filozoficzne do zagadnień psychologicznych. Poza tym konstrukcja pracy jest logiczna, ale nie psychologiczna. Nie stanowi całości rozczłonkowanej na części, lecz wiele części, z których czytelnikowi trudno wytworzyć sobie w umyśle całość. Chociaż autor przeciwstawia się zdecydowanie asocjacjonizmowi, to jednak ulega zwyczajom asocjacjonistycznych psychologów, poświęcania wiele miejsca wrażeniom, czyli czuciom i omawianiu na początku pracy tych zjawisk jako elementów, z których składa się życie psychiczne. Sztuczne izolowanie czuć z całości życia psychicznego i omawianie ich w tak zawiły i drobiazgowy sposób, jak to czyni autor, i do tego na początku pracy, zanim czytelnik otrzyma zrozumienie rzeczywistych przejawów psychicznych, nie jest podejściem psychologicznym do czytelnika, bo zaciemnia mu i utrudnia zrozumienie życia psychicznego człowieka.

Również zawile jest przedstawione zagadnienie świadomości i podświadomości.

Znacznie lepiej przedstawia się natomiast część pracy, omawiająca wyższe formy myślenia oraz pamięć i wyobraźnię. Wyższe formy myślenia jak sądzenie, wnioskowanie, tworzenie się pojęć itp., zyskują bardzo na podejściu do nich od strony psychologii arystotelesowsko-tomistycznej. Słusznie bowiem zaznacza autor, że współczesna psychologia zbliża się do ujęć arystotelesowsko-tomistycznych. Dlatego też analiza tych przejawów psychicznych w omawianej pracy przedstawia dużą wartość. Tym bardziej zasługuje to na podkreślenie, że w polskich podnęcznikach psychologii poświęca

się dotąd mało miejsca wyższym formom myślenia. Szkoda tylko, że psychologia arystotelesowsko-tomistyczna nie spowodowała wyraźnego rozgraniczenia przez autora czynności psychicznych od dyspozycji psychicznych i sprowadzenia wszelkich „faktów" psychicznych do tych dwóch rodzajów. Dyspozycji psychicznych nie tylko w sensie wrodzonych zdolności, skłonności, tendencji itp., ale również w sensie pozostawionych przez czynności psychiczne śladów w umyśle, aktualizujących te wrodzone możności i usprawniających jednostkę do coraz łatwiejszego zachodzenia w niej danej czynności psychicznej. Będą to tzw. dyspozycje nabyte (habitusy). Wtedy czynnościami (procesami) psychicznymi nie będą spostrzeżenia, wyobrażenia, sądy, pojęcia itp. — lecz spostrzeganie, wyobrażanie sobie, przedstawianie sobie, sądzenie, rozumowanie itp. Zaś wyobrażenia, pojęcia, sądy będą nabytymi dyspozycjami (habitusami) do poszczególnych czynności spostrzegania, wyobrażania sobie, przedstawiania, sądzenia i rozumowania.

Oczywiście dużego wysiłku wymaga przerobienie całego ujęcia zagadnień psychologicznych od strony czynności i dyspozycji, konsekwentne przestrzeganie tych rozróżnień i ustalenie odpowiednich terminów dla oznaczania czynności i dyspozycji do nich.

Aczkolwiek mówi się o rozpatrywaniu życia psychicznego od strony funkcji i struktury, w rzeczywistości miesza się wszystko razem: pojęcia, sądy, rozumowanie uważa się za tę samą kategorię faktów psychicznych. Czyni to nie tylko autor omawianej pracy, ale wogóle autorowie polskich podręczników psychologii (jak zresztą i wielu autorów innych narodowości). Jednak psychologia arystotelesowsko-tomistyczna, która czyni wyraźne rozróżnienie między czynnościami a dyspozycjami psychicznymi, winnaby ułatwić autorowi wprowadzenie tych rozróżnień w swojej pracy.

Również z psychologii arystotelesowsko-tomistycznej łatwo jest wyprowadzić wniosek o hierarchicznym stosunku poznawania umysłowego i zmysłowego, tzn., że spostrzeganie, wyobrażanie sobie, czyli poznawanie przy pomocy zmysłów jest czynnością pomocniczą w stosunku do myślenia w istotnym znaczeniu tego słowa, czyli poznawania umysłowego. Autor bliski jest takiego ujęcia, jednak mówi raczej o równoległości tych dwóch rodzajów poznawania, niźli o ich ustosunkowaniu hierarchicznym.

Poza tym książka, która ma spełnić rolę podręcznika nie tylko nie musi, ale nie powinna dawać więcej informacji, niż to jest potrzebne dla czytelnika, aby zrozumiał poruszane zagadnienia. Natomiast pożądane jest takie przedstawianie podawanych informacji, aby ułatwiło należyte zrozumienie zagadnień. Nadmiar informacji zaciemniających zrozumienie widzimy w omawianej pracy nie tylko w rozdziałach, traktujących o czuciach, ale również w końcowym rozdziale o mowie.

Na zakończenie jeszcze jedna uwaga — praca omawiana, jako pierwsza syntetyczna praca powojenna w zakresie psychologii wskazuje wyraźnie na konieczność uzgodnienia terminologii psychologicznej. Pojęcia takie, jak umysł, rozum itp. są różnie ujmowane przez różnych psychologów.

Dr *M. Grzywak - Kaczyńska*

Pieter Józef. Biografia ogólna. Wstęp do nauki o życiu ludzkim. Kraków 1946. Wiedza — Zawód — Kultura.

Autor podaje zarys nowej nauki, stara się ją uzasadnić teoretycznie, wskazuje też na środki jej realizacji.

Nowa nauka o życiu ludzkim, badając jego najogólniejsze przejawy, dąży do wypracowania techniki harmonizowania współżycia między ludźmi, grupami społecznymi, do ulepszenia stosunków ludzkich.

Między rozwojem nauki, techniki, sztuki a rozwojem moralnym człowieka zachodzi dysproporcja, która może spowodować katastrofę ludzkości. Nowa nauka pozwoliłaby zapanować nad siłami ducha ludzkiego, ulepszyłaby współżycie między ludźmi, zapewniłaby szczęście jednostkom, grupom i narodom.

Dla stworzenia tej nauki autor proponuje wykorzystanie zdobyczy dotychczasowej wiedzy, przede wszystkim humanistycznej, oraz wypracowanie nowych metod badań, uzupełniających braki dotychczosowej wiedzy o człowieku.

Pierwsza część książki poświęcona jest krytyce wiedzy humanistycznej z punktu widzenia tej nowej nauki, druga — omawia samą naukę i jej metody.

Gdyby nauki humanistyczne były uprawiane pod kątem ulepszenia warunków współżycia ludzkiego mogłyby zrównoważyć rozwój techniki. Historia powinna dać poznanie praw dziejowych, filologia (zamiast podkreślać różnice językowe i podtrzymywać przez to nacjonalizm) winna dążyć do poznania dziedzin współżycia ludzkiego. Brak jest ścisłej wiedzy o szczęściu, dobrym losie, ambicji itd.

Wnioski z tych nauk, uzupełnione nowymi badaniami, umożliwią powstanie nowej wiedzy o życiu ludzkim, o rozwoju i realizacji potrzeb ludzkich.

Wg autora, do zagadnień życia ludzkiego należy podchodzić przy pomocy metody eksperymentalnej, podobnie jak w naukach przyrodniczych. Taką metodę nazywa techniką moralną, celem jej bowiem jest postęp moralny.

Metodę tę należy, zdaniem autora, stosować we wszelkich dziedzinach życia ludzkiego: w zagadnieniach pracy, miłości, życia rodzinnego, wychowania itd. Np. problem pracy — czy jest ona błogosławieństwem, czy ciężką koniecznością — możnaby rozwiązać w następujący sposób: trzy grupy ludzi umieścić w różnych warunkach: jedna pracowałaby ciężko na chleb powszedni, druga — tylko na przedmioty luksusowe, trzecia — nie pracowałaby wcale. Po dwóch latach zmienić warunki i przekonać się, które z nich są dla człowieka najkorzystniejsze.

Autor zdaje sobie sprawę z możliwych zarzutów: że metoda ta jest ingerencją w sprawy rodzinne, osobiste, wkrada się w prawa wolności człowieka. Broni jednak swego stanowiska następującymi argumentami:

1. I tak ingerencja taka istnieje — państwo, szkoła dokonywują różnych eksperymentów na ludziach, tylko mniej fachowo.

2. Eksperymentów dokonywałoby się na ludziach, którzy się sami zgłoszą, lub też na ludziach nieużytecznych społecznie, jak dożywotni więźniowie, upośledzeni umysłowo.
3. Eksperymenty te przyczyniłyby się do przyszłego szczęścia ludzkości. Można dla tego szczęścia poświęcić i tak problematyczne szczęście niektórych jednostek.

Autor kończy książkę słowami: „Czy idea biografii ogólnej, a zwłaszcza eksperymentów jest słuszna czy nie, to powinno się wyjaśnić częściowo w sumiennej dyskusji na ten temat, ostatecznie zaś w realnych próbach odnośnych badań".

Idea zmobilizowania nauk humanistycznych dla poprawienia współżycia ludzkiego, zastosowanie ścíślejszych metod badania do niektórych problemów życia zasługuje na uwagę. Rodzaj jednak sugerowanych przez autora doświadczeń i ew. sposoby ich przeprowadzenia budzą poważne wątpliwości. Autor niesłychanie upraszcza zagadnienia, prymitywizuje je. Proponowane zaś eksperymenty, które, jego zdaniem, możnaby przeprowadzać na ludziach społecznie nieużytecznych, są antyhumanitarne.

J. Cierniakówna